FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936. N° 634

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Paul-Claude CAUDRON

Ancien Externe des Hopitaux de Paris

Diplomé de l'Institut de Médecine Légale et de Psychiatrie

Né le 21 Octobre 1909 à Saint-Quentin (Aisne)

SYPHILIS ET MÉDECINE LÉGALE

Président : M. BALTHAZARD, Professeur

VACHERAT - IMPRIMEUR

13, Rue Paul-Barruel

PARIS-XV°

1936

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936. N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Paul-Claude CAUDRON

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS
DIPLOMÉ DE MÉDECINE LÉGALE ET DE PSYCHIATRIE
Né le 21 Octobre 1909 à Saint-Quentin (Aisne)

SYPHILIS ET MÉDECINE LÉGALE

PRÉSIDENT : M. BALTHAZARD, PROFESSEUR

VACHERAT - IMPRIMEUR
13, Rue Paul-Barruel
PARIS-XVe

1936

Le DOYEN: ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Clinique médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER. CARNOT. CLERC. Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO. LENORMANT. GREGOIRE. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU. JEANNIN. COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE MULON. OLIVIER. VERNE.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri). Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne). Pathologie médicale.
BEZANÇON Justin, Hydrologie.
BOULIN ..... Pathologie médicale.
BULLIARD .. Histologie.
CATHALA ... Pathologie médicale.
CHEVALLIER Pathologie médicale.
DOGNON ..... Physique.
FEY ..... Urologie.
GALLIARD ... Parasitologie.
GASTINEL ... Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
GAYET ..... Physiologie.
GIROUD .... Histologie.
HAGUENAU .. Pathologie médicale.
HALPHEN ... Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD ..... Pharmacologie.
HUGUENIN .. Anatomie pathologique.
JOANNON ... Hygiène.
LABBE (Henri) Chimie biologique.
LACOMME ... Obstétrique.
LANTUEJOUL Obstétrique.
LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE ... Pathologie expérimentale.
LEVEUF .... Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LEVY.. Pharmacologie.
LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU .... Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN ... Pathologie médicale.
OBERLING ... Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE. Médecine légale.
PORTES .... Obstétrique.
RICHET .... Physiologie.
SANNIE ..... Chimie biologique.
SENEQUE ... Pathologie chirurgicale.
TROISIER ... Pathologie expérimentale.
TURPIN ..... Pathologie médicale.
VIGNES ..... Obstétrique.
WILMOTH ... Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE ... Pathologie chirurgicale.
BUSQUET ... Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX .... Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

ABRAMI ....
ALAJOUANINE ..
AUBERTIN ..
BRULE .....
CHABROL ...
CHIRAY ....
DONZELOT ..
DUVOIR ....
LIAN .....
PASTEUR-VALLERY-RADOT.
SEZARY .....
} Clinique médicale.

MM.

BASSET .....
BROCQ .....
CADENAT ...
GATELLIER .
HEITZ-BOYER
MOURE .....
QUENU .....
SCHWARTZ ..
VELTER .....
} Clinique chirurgicale.

MM.

ECALLE ....
GUENIOT ....
LE LORIER ..
LEVY-SOLAL.
METZGER ...
} Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLY-BERT, agrégé ..... Education physique.
LEDOUX-LEBARD ..... Radiologie clinique.
WEIL-HALLE ..... Puériculture.
RUPPE ..... Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

Qui a tant fait pour moi, en témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

AUX MIENS ET A MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BALTHAZARD

Doyen honoraire de la Faculté de Médecine

Professeur de Médecine légale

Membre de l'Académie de Médecine

En hommage de respectueuse gratitude pour l'honneur qu'il nous fit en acceptant de présider notre thèse.

A Monsieur le Docteur DUVOIR,

Professeur agrégé de Médecine légale

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Qui nous a donné l'idée de ce travail et nous a toujours conseillé avec une extrême bienveillance, nous sommes heureux d'exprimer ici notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur PIEDELIEVRE,

Professeur agrégé de Médecine légale

A Monsieur le Docteur DERVIEUX,

Chef des Travaux Pratiques de Médecine légale

In Memoriam.

À MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

1930-1931 M. le Professeur LEJARS (*in memoriam*).

M. le Professeur SERGENT.

Externat :

1931-1932 M. le Professeur LÉON BERNARD (*in memoriam*).

M. le Docteur BRAINE.

1932-1933 M. le Docteur SAINTON.

M. le Professeur COUVELAIRE.

1933-1934 M. le Docteur GRENET.

1934-1935 M. le Docteur ET. MAY.

1935-1936 M. le Professeur Agrégé SEZARY.

M. le Professeur Agrégé HALPHEN.

A MESSIEURS LES DOCTEURS

F. BENOIST, L. PELLISSIER,

Anciens Chefs de Clinique à la Faculté

INTRODUCTION

La syphilis possède, en médecine légale, la même importance qu'en clinique, par le nombre et la diversité des problèmes qu'elle soulève. Ces problèmes sont de deux ordres :

D'ordre moral, lorsqu'il s'agit pour le médecin de réaliser l'accord de sa conscience et des contingences juridiques, nous en verrons des exemples lors de l'étude du secret médical.

D'ordre scientifique, pour le médecin-expert appelé à rechercher l'origine d'une syphilis ou à donner son avis sur les relations qui existent ou semblent exister entre une syphilis et un traumatisme. Mais alors qu'autrefois cette question ne présentait qu'un intérêt doctrinal, depuis qu'elle s'est trouvée posée à maintes reprises devant les tribunaux elle est devenue une question non plus seulement théorique, mais aussi et surtout pratique.

Il ne faut pas se dissimuler que la solution de ces problèmes est le plus souvent délicate, elle varie d'ailleurs selon l'évolution de la jurisprudence. Il nous

sera donc impossible de formuler des règles précises, chaque cas devant être considéré en lui-même, mais nous essaierons néanmoins de dégager quelques principes généraux susceptibles de faciliter la tâche du médecin.

CHAPITRE PREMIER

Secret médical et Syphilis

Le médecin est le confident nécessaire par excellence. En effet, pour recevoir les soins utiles, le malade doit pouvoir se confier à lui entièrement, sans réticences et sans crainte : il lui dévoile ses tares héréditaires et personnelles, les circonstances souvent blâmables où il a contracté son mal, parce qu'il sait que cette confiance ne sera pas trahie, que ses confidences seront scrupuleusement gardées.

Dès l'antiquité, bien avant que la loi ne leur en eût conféré l'obligation, les médecins se considéraient comme tenus à ne pas révéler ce qu'ils auraient pu voir ou entendre dans l'exercice de leur profession, c'est le serment d'Hippocrate.

Plus près de nous, en 1598, la Faculté de Médecine de Paris, revisant ses statuts, y inséra la formule du serment professionnel, mais ce n'est qu'en 1600, lors de leur enregistrement au Parlement, que l'article 19 stipula que le médecin « ne devrait révéler les secrets des malades ».

Dans la nouvelle édition de 1761, on trouve, à l'article 77, le précepte suivant :

« *Ægorum arcana, visa, audita, intellecta eliminet nemo.* »

Le serment que prêtait le médecin à son entrée dans la corporation, semblait suffisant pour prévenir les indiscrétions et, malgré l'absence de texte législatif, le secret n'était pas une simple obligation morale : l'ancienne jurisprudence considérait la révélation volontaire comme une sorte de diffamation susceptible de porter atteinte à un intérêt moral ou pécuniaire, à la réputation ou à l'honneur de la victime et plusieurs arrêts des Parlements ont sanctionné cette manière de voir :

« Le 9 juillet 1599, un arrêt du Parlement de Paris condamne, pour contravention aux statuts et ordonnances de la Faculté de Paris, un apothicaire qui pour réclamer ses honoraires a révélé la nature de la maladie, maladie honteuse, de son débiteur. Outre la condamnation à l'amende et aux dépens, ses *parties* furent confisquées au profit des pauvres. »

« Le 14 août 1747, une sentence du baillage criminel d'Evreux, confirmée par arrêt du Parlement de Rouen (8 octobre 1747), condamna à six années d'interdiction, à douze livres d'amende, à mille livres de dommages et intérêts, et à faire publiquement amende honorable, un chirurgien qui, réclamant ses honoraires à un dignitaire du chapitre d'Evreux, avait révélé qu'il l'avait soigné pour une maladie vénérienne. »

Ainsi, dans l'ancien droit, le secret médical était une obligation sanctionnée civilement et pénalement, mais les juges attachaient une grande importance à l'intention de nuire, ce qui était constant dans ces deux affaires.

⁂

Ce n'est qu'en 1810 que le législateur s'occupe de réprimer la révélation du secret professionnel spontanément commise, c'est l'article 378 du Code Pénal qui punit d'une peine d'un à six mois d'emprisonnement, d'une amende de 100 à 500 francs, les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et généralement tous les professionnels, dépositaires par état des secrets qu'on leur confie qui, ayant dans l'exercice de la profession reçu la confidence de ces secrets les révèlent à des tiers.

Dans l'exposé des motifs, il est dit : « Cette disposition est nouvelle dans nos lois; il serait à désirer que la délicatesse la rendît inutile. Mais combien ne voit-on pas de personnes dépositaires de secrets dus à leur état sacrifier leur devoir à leur causticité, se jouer des secrets les plus graves, alimenter la malignité par des révélations indécentes, des anecdotes scandaleuses, et déverser ainsi la honte sur les individus en portant la désolation dans les familles. » Ainsi le rapporteur n'a eu en vue que les cas où le médecin s'adresse à des particuliers avec l'intention de nuire.

La jurisprudence a d'abord appliqué l'article 378 dans cet esprit; elle changea en 1885, lors de l'affaire Watelet. Le peintre Bastien Lepage étant mort, un journal prétendit qu'il avait eu la syphilis et avait été mal soigné. Son médecin, le Dr Watelet, dans le but de défendre la mémoire de son client, ses confrères et lui-même, écrivit à un journal une lettre où il exposait l'histoire de la maladie. Il fut poursuivi et condamné en Première Instance, en Appel et un arrêt de la Cour de Cassation confirma la jurisprudence nouvelle (18 décembre 1885).

« Attendu que cette disposition (l'art. 378) est générale et absolue et qu'elle punit toute révélation du secret professionnel, sans qu'il soit nécessaire d'établir à la charge du révélateur l'intention de nuire... Que ce but de nécessité ne serait pas atteint si la loi se bornait à réprimer les révélations dues à la malveillance en laissant toutes les autres impunies. Que le délit existe dès que la révélation a été faite avec connaissance, indépendamment de toute intention de nuire. »

Ainsi, au mépris de l'intention du législateur, il ne fut plus dès lors sous peine de poursuites, permis au médecin d'avertir la nourrice qui prend un nourrisson syphilitique, la mère qui donne à son enfant une nourrice atteinte de syphilis, les parents qui vont accepter pour gendre un syphilitique. On n'exige même pas dans certains tribunaux la révélation expresse : un médecin d'usine ayant brusquement arraché des mains d'un souffleur de verre l'instrument

qu'il passait à ses camarades, après s'en être servi, le geste fut compris et le médecin condamné.

On voit, par ces exemples, quelle a été l'importance et quelles sont les conséquences de l'affaire Watelet qui a marqué, en fait, le triomphe de la doctrine du secret absolu et intangible. Actuellement, surtout sous l'influence de Brouardel, la jurisprudence tend de plus en plus à admettre que le secret médical n'est pas un droit, mais un devoir absolu inhérent à la profession, imposé par l'intérêt général supérieur à l'intérêt particulier quelqu'il soit. (T. de Meaux, 22 nov. 1923. G. P. 1924-1-316.)

***

Ce secret imposé au médecin en toutes circonstances revêt en matière de syphilis un caractère encore plus rigoureux et plus impérieux. En effet, malgré les efforts tentés, depuis un demi-siècle et surtout depuis la guerre, pour la débarrasser de son caractère honteux, la syphilis, par sa réputation séculaire, sa transmission héréditaire possible, demeure une tare pour l'individu et la famille, elle reste la maladie secrète par excellence, qu'on ne veut pas voir révéler, qu'on n'avouera pas avoir eue.

Aussi la syphilis occupe-t-elle une place à part dans la pratique médicale car, si l'observation du secret est plus anxieusement demandée par le malade que dans la plupart des autres affections, sa divulgation semblerait devoir être justifiée par la

prophylaxie relative à la famille et à la société. Mais l'intérêt du malade, lié à l'intérêt général, veut que tout homme, quelque taré qu'il soit, quelque honteux que soit son mal, quelque infâme qu'en soit la cause, puisse trouver un médecin qui le traite avec la certitude que les causes de son mal demeureront secrètes (Hémar, Garçon).

Le secret doit donc être absolu, si excellents que soient les motifs qui semblent justifier une révélation, le médecin n'a pas le droit d'en discuter l'opportunité, il n'a pas à se faire juge, car « nul n'est assez sûr de lui-même pour mettre sa conscience au-dessus de la loi » (Bruno Lacombe).

Néanmoins, il ne doit pas être un moyen de se soustraire aux responsabilités et de donner à tous les problèmes moraux qui se posent une solution de facilité. Le médecin qui se bornerait à obéir aux prescriptions de la loi en ce qui touche le secret médical ne remplirait que bien imparfaitement son devoir (Dechambre, Rist). On ne doit pas, en cette matière, laisser dominer la préoccupation juridique, la crainte d'une condamnation pécuniaire ou même pénale, et il est presque toujours possible, sans violer la loi, de sauvegarder l'intérêt légitime du malade, de ses proches ou de la collectivité.

Le médecin, digne de ce nom, pris entre des devoirs divers, en présence parfois de situations particulièrement angoissantes où il lui est difficile de trouver sa ligne de conduite dans les limites du droit

strict, arrivera à résoudre chaque problème particulier s'il a pour guide sa conscience, la loi et la tradition médicale.

Personnes à l'égard desquelles le secret est imposé.

Le secret s'impose vis-à-vis des tiers et des parents du malade, quels que soient le degré de parenté et la situation réciproque de ceux qui sollicitent des renseignements.

Exceptionnellement, le médecin peut être contraint de révéler à la femme, par exemple, l'origine et la nature du mal dont souffre son mari afin de lui permettre de participer au traitement et d'assurer les soins nécessaires. Cette révélation conserve, à l'égard de la femme, un caractère médical, en sorte que l'obligation du secret lui est étendue, puisqu'elle n'a connu un fait secret que pour les besoins du traitement. Ultérieurement, elle ne peut utiliser cette divulgation faite dans l'intérêt du mari et reçue par elle dans ce but pour s'en faire une arme contre lui (Cassation, 14 juin 1899. — D. P., 1900-1-45).

Supposons un paralytique général amené par son conjoint, il est dans l'incapacité de juger de son propre état et il n'y a pas à craindre qu'il proteste d'une violation du secret. Mais lorsqu'un paralytique général, au début, vient consulter *spontanément*, le devoir strict est d'avertir la famille des actes démentiels qu'il peut commettre à cette époque, d'autant plus qu'il conserve des apparences de lucidité.

Il nous semble, en vertu de l'arrêt précédent, que le médecin ne saurait être poursuivi.

Secret à l'égard des mineurs.

Beaucoup d'auteurs se sont demandé si l'on devait le secret aux mineurs; or, il n'existe aucun texte juridique fixant avant l'âge légal de la majorité l'époque où le mineur devient possesseur de ses secrets et où ils cessent de pouvoir être révélés sans son autorité.

Si, à l'égard des enfants qui ne se gouvernent pas encore, le médecin est en droit de révéler tout ce qu'il constate, vis-à-vis des adolescents que faire? D'autant plus qu'à partir de quinze ans la loi leur accorde certains droits : la femme peut se marier, et à seize ans ils peuvent disposer par testament d'une partie de leurs biens; aussi à leur égard il faut envisager différentes éventualités :

Si le médecin est appelé par un chef d'institution, un patron, il ne doit rien dire.

S'il est consulté par un mineur, à l'insu de sa famille, il faut le considérer, avec Brouardel, comme majeur de fait et il n'est pas douteux qu'à son égard le médecin soit tenu au secret. A ce propos, un jugement du Tribunal civil de Bruxelles (28 mars 1900, *La Loi*, 5 nov. 1900, p. 831), s'il a reconnu au médecin le droit, pour obtenir le paiment de ses honoraires, de s'adresser au père de son client, celui-ci étant mineur, l'a condamné à des dommages-intérêts pour avoir révélé la nature de la maladie « attendu que le

demandeur a éprouvé un dommage moral par la révélation qui a été faite à son père ». La jurisprudence belge, en général très voisine de la nôtre, a donc confirmé, dans ce cas particulier, le droit au secret des mineurs. Nous ferons remarquer qu'en l'occurrence il s'agissait d'un mineur proche de la majorité, puisqu'il lui a été possible d'intenter une action dans les délais légaux, c'est d'ailleurs le seul cas où le médecin court un risque.

Si l'on admet que les adolescents ont droit au secret, ce droit n'est, en général, pas conforme à leur intérêt et, si les parents pouvaient connaître la nature du mal, ils s'emploieraient plus utilement à le combattre.

« Le père, écrit J. Sudre, mis au courant par le médecin, serait mal venu à lui reprocher cette divulgation; quant au ministère public, il lui faudrait une singulière aberration pour voir dans cette divulgation une atteinte à l'ordre public, nécessitant des poursuites d'office. »

Toutes les fois qu'il est appelé par les parents, pour examiner un mineur qui est sous leur garde et leur autorité, le médecin a le droit et le devoir de les prévenir, car ce sont eux qui lui ont fait confiance.

Cette règle n'a, d'ailleurs, rien d'absolu, en pratique le médecin devra tout faire pour que le mineur révèle lui-même sa syphilis; en cas de refus, à moins de situations moralement graves, le médecin doit donner le diagnostic aux parents. Presque toujours la solution du problème dépend du milieu social et mo-

ral où les faits se produisent et surtout de la délicatesse et du tact du médecin.

Secret à l'égard des morts.

Des héritiers ou des créanciers peuvent avoir intérêt à établir la nature de la maladie dont était atteint le défunt, pour prouver par exemple l'aliénation mentale d'un paralytique général, mais l'intérêt matériel qui les guide ne saurait l'emporter sur le droit absolu qu'avait le malade à dissimuler ses tares physiologiques, car « ils n'ont, en effet, ni l'exercice, ni la jouissance d'un droit qui, par sa nature même, est exclusivement personnel et individuel » (C. de Besançon, 7 juin 1899. — D. P., 1900-2-408). Le médecin qui leur délivre un tel certificat viole le secret professionnel et ce certificat ne peut être produit et retenu par le tribunal; il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit d'un certificat négatif (ne spécifiant pas, bien entendu, la nature de la maladie à laquelle a succombé le défunt). (Cassation, 29 mars 1927. — D. P., 1927-1-185.)

Secret à l'égard des nourrices, domestiques, employés.

Une nourrice, un domestique, un employé en période de syphilis contageuse, malgré les risques qu'il peut faire courir à son entourage, a droit aux mêmes garanties du secret que n'importe qui. Mais le médecin a mission de s'employer par divers subterfuges plutôt que solutions à faire cesser ces dangers.

La confusion née dans l'esprit de certains vient de ce fait qu'il arrive que des patrons inquiets ou prévenus demandent à leur médecin d'examiner le suspect. Il faut, dans ces cas, comme le conseille H. Grenet, avertir devant témoins l'intéressé que l'on communiquera au patron tout ce que révélera l'examen (on agit ainsi en qualité d'expert). Le domestique prévenu déclare alors s'il accepte ou s'il refuse cet examen.

Souvent le médecin est appelé par le patron pour soigner le domestique ou la nourrice, il se peut même que ce soit le patron qui règle les honoraires, au sortir de la visite celui-ci demande des renseignements : on n'a rien à dire. Mais si l'on a découvert une syphilis contagieuse, il faut user de tout son pouvoir pour exiger du domestique qu'il quitte la maison, soit en l'envoyant à l'hôpital d'urgence ou dans sa famille sous prétexte de convalescence, soit en lui faisant comprendre qu'il encourt de graves responsabilités. S'il refuse, certains par un véritable chantage, le menace d'une révélation. Si tout argument échoue, il est préférable et plus élégant, ainsi que le conseille H. Grenet, de « déclarer qu'on se refuse à continuer les soins, les conditions propres à un traitement suffisant n'étant pas réalisées ». Il est rare, alors, que la famille ne se sépare pas du malade.

S'il s'agit d'une nourrice, l'examen médical préalable peut avoir été insuffisant ou même inexistant et le médecin se trouve exposé à trouver dans une famille une nourrice présentant des accidents syphili-

ques. Que peut-il et que doit-il faire? D'abord lui enlever immédiatement l'enfant, sous un prétexte quelconque (surtout ne pas le confier à une nouvelle nourrice) et le mettre en observation. S'il est indemne, se débarrasser de la nourrice comme il vient d'être indiqué; si le nourrisson est déjà contaminé, il faut conserver la nourrice, quelle que soit la répulsion qu'éprouve les parents.

L'enfant, en apparence indemne d'hérédo-syphilis à la naissance, est nourri par une nourrice saine lors de son entrée dans la maison, présente ultérieurement des lésions syphilitiques. Il faut rechercher si la nourrice est atteinte ou non.

a) Si elle est contaminée, le médecin ne peut, à ce moment, lui faire connaître de quelle maladie elle et son nourrisson sont atteints : il révélerait le secret de son client, secret dont il n'a pas le droit de faire usage, qu'il n'a même pas le droit de laisser deviner. Le devoir du médecin est de traiter les deux malades et de les empêcher de propager la maladie.

Il faut conserver la nourrice et la soigner, mais pour faire accepter à cette dernière un traitement sérieux, il n'y a qu'un moyen, lui faire révéler sa maladie par les parents qui doivent, selon la formule de Fournier : « Avouer, payer, conserver la nourrice. »

Si le médecin échoue, les parents étant dans leur droit au point de vue légal, sinon moral, il doit se retirer. Peut-être, la nourrice, ayant des soupçons, viendra trouver le médecin; il ne se départira pas

de son silence, mais lui proposera de consulter un autre médecin qui ne sera pas tenu au secret à son égard.

b) La nourrice n'est pas encore contaminée : il faut lui retirer le nourrisson sur l'heure et rédiger une ordonnance prescrivant la cessation de l'allaitement par la nourrice et un traitement médicamenteux approprié à l'état de l'enfant.

De plus, le médecin cessera tout rapport ultérieur avec la famille en faisant connaître les motifs de sa retraite, c'est-à-dire le refus d'accepter ou de paraître accepter, dans ce qu'il adviendra par la suite, la moindre part de complicité et de responsabilité. Et si, postérieurement, la syphilis est communiquée, nul ne pourra lui reprocher de n'avoir pas pris les mesures nécessaires pour interdire formellement l'allaitement[1] (Dijon, 14 mars 1868. — D. P., 69-2-195). Certains médecins envoient le jour même une lettre recommandée où ils confirment leur intention de cesser les soins, mais sans en indiquer les raisons.

Si les parents se rendent aux suggestions du médecin, il doit faire garder la nourrice pour pouvoir la surveiller au moins six à sept semaines. Si la nourrice refuse de rester dans ces conditions, le médecin ne peut rien contre elle.

Secret et témoignage en justice. Certificats.

Dans les procès, d'ailleurs assez rares, où le plaideur fonde son action sur un fait médical, la trans-

(1) Voir le Chapitre · *Responsabilité médicale.*

mission de la syphilis, il déclare et offre de prouver qu'il est syphilitique et demande à la justice de le constater. Mais il a souvent la prétention de faire la preuve en appelant son médecin devant le Tribunal, celui-ci doit refuser, et nul ne peut l'obliger à parler, même son client.

En effet, dans certains cas, le médecin par prudence ou par humanité, estime de son devoir de n'éclairer qu'imparfaitement le malade sur les constatations qu'il a faites, le malade ne connaissant qu'une vérité relative ne saurait saisir la portée de l'autorisation qu'il donne (Rennes, 12 juin 1903. — D. P., 1905-2-321).

Or, le médecin cité comme témoin devra, une fois le serment prêté, « dire toute la vérité » et peut-être sera-t-il contraint de révéler des faits que son client ignorait et aurait préféré taire. Mais tout citoyen devant la vérité à la justice, le secret professionnel comporte-t-il, malgré le défaut de spontanéité d'une déposition en justice, une dispense ou une prohibition : prohibition, répond le Tribunal Civil de Meaux (22 nov. 1923) et prohibition telle que le dépositaire du secret ne saurait être délié de son obligation au silence établie dans un intérêt social.

Cette décision de Meaux contient un exposé intéressant de l'évolution doctrinale et jurisprudentielle qui semble tendre à imprimer au secret une portée absolue, néanmoins la question est encore très controversée. En pratique, le médecin doit refuser de témoigner dans tous les cas; il se contentera tout au plus, s'il le juge utile, de délivrer un certificat à

son client, mais il n'y est pas tenu, et on ne saurait trop insister sur ce point.

Le malade, seul, peut utiliser le certificat; lui seul peut rendre public un fait secret par sa nature et demeuré tel, puisque malgré sa délivrance il n'est que la confirmation écrite fournie à l'intéressé des constatations confidentielles du médecin. Le malade est libre de proclamer qu'il a la syphilis, et même de donner un certificat l'attestant, mais il est évident que la production d'un certificat n'a pas la même valeur que le témoignage, car si le médecin y relate simplement ce qu'il a cru utile d'inscrire, et s'il ne doit certifier que des choses exactes, il n'est pas contraint de tout dire. N'étant pas subordonné à ses désirs, notre diagnostic et nos conclusions ne sont pas toujours ce qu'il attend, aussi le malade a la faculté de ne pas communiquer le certificat s'il ne lui paraît pas susceptible de donner l'avantage espéré.

La délivrance de certificats de cette nature sera aussi rare que possible, toujours faite à l'intéressé (au besoin vérifier discrètement son identité), jamais à des tiers, sous aucun prétexte. Il faut les rédiger avec prudence, en spécifiant qu'ils sont remis au malade lui-même, sur sa demande, et il le confirmera par quelques mots ajoutés à la suite, datés et signés.

De plus, et ceci est très important, il faut rechercher le but poursuivi par le malade, le vérifier et juger si l'on peut donner ou non le certificat, en voici un exemple :

A la date du 23 septembre 1918, une dame P..., objet des soins du Dr N..., obtient de ce dernier un certificat constatant qu'elle était atteinte de syphilis.

Le 4 mars 1921, cette dame assigne le médecin, alléguant notamment la délivrance à la légère d'un certificat, affirmant sa maladie, qui eut pour résultat la désunion du ménage quand ce certificat parvint à la connaissance du mari.

Le Tribunal du Havre, par un jugement du 4 juin 1921 (*G. T.*, 27 janv. 1922, p. 77), condamna le médecin à des dommages-intérêts.

« Attendu que commet une faute le médecin qui délivre un certificat, alors même qu'il atteste des faits qu'il a contrôlés, sans se renseigner du but dans lequel l'attestation est demandée et de la qualité de la personne qui la sollicite,

« Attendu qu'il doit rechercher si la pièce qu'il va délivrer ne pourra pas servir pour un chantage, si elle n'amènera pas dans une famille ou dans un ménage le trouble ou la discorde,

« Attendu qu'en l'espèce la dame P... était mariée, que son mari était au front,

« Attendu que dans ces conditions le Dr N..., qui devait être au courant de ces faits, aurait dû être d'autant plus circonspect que les circonstances rendaient plus suspectes les origines de la maladie et devaient lui faire rechercher le but poursuivi par la femme en demandant le certificat et les conséquences que pouvaient avoir la délivrance de celui-ci... »

Cette décision a été très critiquée, bien à tort à notre avis, car elle est conforme au bon sens et à la jurisprudence interdisant au médecin tout acte professionnel injustifié : que ce soit un traitement médical, une intervention chirurgicale... Le Tribunal n'a pas voulu interdire au médecin de délivrer les certificats nécessaires au malade dans de multiples circonstances, il s'est élevé simplement contre la facilité avec laquelle le médecin avait, sans raison, mis entre les mains d'une femme de moralité douteuse une arme pouvant être dangereuse.

***

Ainsi, lorsqu'un client réclame un certificat sans but avoué ou précis, parce qu'il espère pouvoir l'utiliser un jour, pourquoi? il ne le sait pas encore... vous devez toujours le lui refuser. Mais nous n'admettons pas la façon de procéder de la majorité des auteurs classiques (Ricord, Fournier, Thibierge, Gougerot) qui, systématiquement, se refusent à donner un certificat prouvant la syphilis de leur malade. Or, l'on sait combien il est difficile de faire rétrospectivement la preuve péremptoire et juridique de l'origine de la syphilis, aussi quand le malade présente un de ces accidents qui font époque au cours de la syphilis, et susceptible de disparaître sans laisser de trace, le médecin, qui en connaît la valeur et sait l'importance qu'il y a d'établir son existence à une date donnée, doit-il conseiller à son client (en instance de divorce, par exemple), de faire nommer un expert

à bref délai et même, à défaut, lui délivrer un certificat détaillé.

Il ne faut pas oublier, en effet, que le secret médical établi dans l'intérêt général pour permettre au malade de se confier au médecin, ne doit pas être un prétexte pour arriver à léser injustement des intérêts légitimes. Si un certificat descriptif est indispensable au malade pour faire valoir ses droits, nous ne croyons pas qu'en conscience le médecin puisse le refuser.

Médecins-experts.

Il faut distinguer entre le médecin traitant dont le devoir est de garder le secret et le médecin-expert dont le devoir est de rendre compte.

L'expertise constitue une mission confiée au médecin, mission légale ou conventionnelle, selon que l'expertise est judiciaire ou privée. Le médecin doit alors dire toute la vérité. L'usage des expertises privées médicales est extrêmement répandu, notamment pour la conclusion des contrats d'assurances sur la vie, les grandes administrations... L'expert privé ou judiciaire a toujours le droit de répéter ce qu'il a constaté à la personne en faveur de qui l'expertise est faite.

Expertise judiciaire.

L'expert n'est pas le confident du malade, celui-ci sait fort bien qu'il agit en mandataire de la justice, ce n'est pas lui qui lui fait confiance, mais le Tribu-

nal dont il tient ses pouvoirs et à qui il doit rendre compte de sa mission.

Le malade, d'ailleurs, considère souvent l'expert comme un adversaire, car il sait que son rôle est de « contrôler ses dires, vérifier ses affirmations, et parfois découvrir ses simulations ou dissimulations » (Peytel).

Le seul fait par l'expertisé de se prêter à l'examen met l'expert hors d'atteinte du principe du secret médical. Nous sommes en présence d'une situation juridique toute différente que lorsqu'il s'agit du médecin traitant, l'expert a une mission à lui confiée et il doit la remplir le plus complètement possible.

Sa mission consiste à relater dans son rapport toutes les constatations *objectives* faites dans l'accomplissement de cette mission et aucune de ses constatations ne sera confidentielle. Nous insistons sur le qualificatif « objectives »; l'expert ne doit jamais outrepasser sa mission, celle-ci étant d'examiner un individu à un moment donné; il n'a pas le droit, dans son rapport, d'user de données qu'il aurait pu posséder antérieurement à l'expertise et dont il ne trouve pas la confirmation évidente et actuelle. De même il peut relater les déclarations de l'expertisé, lorsque ce dernier en porte les stigmates évidents, mais s'il ne trouve aucun signe objectif l'expert ne peut faire état des déclarations pour conclure à leur réalité, à moins que l'expertisé n'en demande la mention dans le rapport, auquel cas l'expert spécifiera bien que ce ne sont que des déclarations de l'intéressé.

De même pour ne pas s'exposer à se voir reprocher par l'adversaire un examen incomplet, l'expert doit mentionner les différentes maladies dont il constate des signes évidents et seulement dans ce cas. Ainsi ayant à statuer sur une fracture de jambe et constatant un tabès, il devra le consigner dans son rapport, cette maladie pouvant exercer une influence sur la production ou les conséquences de la fracture sur laquelle il était appelé à se prononcer. C'est ce qu'exprime un arrêt de la Cour de Grenoble, du 29 janvier 1909 : « Le devoir légal du silence ne pouvant être imposé par elle (la justice) à celui qui a reçu le mandat de s'expliquer sur toutes les observations que l'accomplissement de sa mission l'amène à faire pour éclairer la justice. » (D. P., 1910-2-121.)

Mais si l'expert est relevé du secret vis-à-vis de la justice dont il est le délégué, il n'en est pas de même à l'égard des tiers qui n'ont aucune relation de droit avec le sujet expertisé. A ce propos, nous signalerons que, même à l'issue d'un procès public qui aurait révélé la maladie d'un homme, le médecin ne peut être autorisé à confirmer ce fait en public et l'expert ne peut publier son rapport (Bordeaux, 5 juillet 1893. — D. P., 94-2-175).

Accidents du travail.

Le certificat du médecin traitant ne doit relater que les conséquences de l'accident et la durée de l'incapacité. Il devra taire toutes les connaissances acquises antérieurement par lui en soignant son malade

et que ne suffirait pas à lui dévoiler l'examen même minutieux. De même il doit taire toutes les constatations faites par lui au cours de son examen si elles n'ont aucun rapport avec l'accident et ne peuvent servir à la solution des questions soulevées par lui.

Le médecin traitant ne doit communiquer à son confrère, médecin de l'entreprise, aucun renseignement sur l'état de santé du blessé, sinon il viole le secret professionnel, mais ce dernier peut en faire état dans son rapport sans commettre de délit (Cass., 9 mai 1913. — S., 1914-1-169).

Secret à l'égard des services publics, administrations et employeurs.

Tant que le praticien agit comme médecin traitant, il doit le secret le plus absolu à son client; mais s'il agit comme médecin contrôleur, le consentement à la révélation peut s'induire de l'acceptation par le malade du règlement de l'usine (Lyon, 16 juin 1909. — D. P., 1910-2-123). Il n'a pas été le confident nécessaire, il n'a pas cherché à savoir pour traiter le malade, par suite le médecin contrôleur ne commet aucune faute en faisant connaître le résultat de son examen, il ne peut tromper la confiance du malade, puisqu'elle ne lui a pas été donnée et qu'il a eu uniquement pour but de vérifier l'exactitude de ses affirmations (Cassation, 9 mai 1913. — D. P., 1914-1-206).

Il sera bon, cependant, d'être prudent lorsque les renseignements médicaux ne sont pas transmis exclusivement entre médecins, ni sous pli cacheté. Il est

fâcheux, et même illégal, de mettre sous les yeux d'employés, de collègues ou de chefs du malade — lesquels ne sont pas tenu au secret — des renseignements confidentiels de cet ordre.

Dans les Compagnies de chemin de fer, par exemple, le médecin est à la fois le médecin traitant et contrôleur. Mais les questions médicales se traitent directement entre médecins, l'administration n'est mise au courant du diagnostic qu'en cas de réforme.

Secret et Compagnies d'Assurances.

Lors de la création de la police, si le médecin traitant du candidat se trouve être celui de la Compagnie d'Assurances, il risque de fournir à celle-ci des renseignements qu'il est seul à connaître sur ses antécédents personnels et héréditaires, sur une syphilis qui n'a encore entraîné aucun trouble fonctionnel et dont il n'a eu connaissance qu'en raison de son rôle. Aussi, en conscience, doit-il se récuser, car cette situation ne comporte que l'alternative suivante : trahir le secret de son client ou les intérêts de la Compagnie dont il est l'agent.

Les Compagnies d'Assurances émettent souvent la prétention d'être renseignées à l'insu de leur assuré, le médecin doit se refuser à de telles pratiques qui peuvent l'exposer à des poursuites judiciaires (Aix, 16 janvier 1900. — *Le Droit*, 29 mars 1900).

Dès lors le médecin — auquel les représentants d'une personne décédée, après avoir contracté une assurance sur la vie, réclament un certificat consta-

tant le genre de maladie auquel l'assuré a succombé — est en droit de se refuser à délivrer le certificat en s'autorisant des règles du secret professionel (Besançon, 17 fév. 1887; S. 1887-2-94), même si le certificat est réclamé par les héritiers de la personne décédée (Le Havre, 30 juil. 1886; S. 1887-2-69).

Telle est l'opinion défendue par Brouardel et la Société de Médecine légale, confirmée par la jurisprudence; d'ailleurs, aucun tort n'est causé aux ayants droit puisque même si aux termes du contrat le bénéficiaire est tenu de fournir à l'appui de sa demande en paiement, un certificat, cette obligation est réputée accomplie quand le médecin s'est absolument refusé à donner le certificat en motivant son refus sur le secret professionnel (Appleton).

Recouvrement d'honoraires.

Le médecin qui assigne en justice un client pour obtenir le paiement de ses honoraires peut indiquer le nombre de visites, de consultations et la somme demandée. Or, pour baser son action, il lui faudrait détailler la nature des soins donnés, mais il ne doit verser au débat aucun document qui puisse faire connaître la maladie. Il n'a qu'un seul moyen juridique pour faire triompher son droit, c'est de demander au Tribunal la nomination d'un expert qui, chargé d'apprécier le bien fondé de la demande, remettra un rapport qui restera secret.

Pratiquement, son action en justice est très délicate.

Brouardel recommande au médecin de s'en abstenir, à plus forte raison s'il a une spécialité déterminée, telle que la syphiligraphie, car les « spécialistes, dit Moro-Giafferi, ont ceci de terrible que leur seule présence trahit un secret ». Le médecin n'a que la ressource de se faire régler à chaque visite s'il n'a pas confiance en son malade.

CHAPITRE II

Syphilis et Mariage

La syphilis, dans ses raports avec le mariage, soulève fréquemment des problèmes délicats, et il importe que le médecin en soit instruit pour avoir une opinion ferme, décidant de sa conduite, le mettant à l'abri des surprises. Il doit être capable de répondre à ses clients sans engager inutilement sa responsabilité, et surtout pouvoir les conseiller.

Nous envisagerons successivement les cas relatifs aux candidats au mariage, aux conjoints, et nous indiquerons la jurisprudence générale en matière de divorce pour syphilis.

Avant le mariage.

Tous les syphiligraphes sont d'accord pour admettre que les syphilitiques peuvent se marier et procréer une descendance saine s'ils satisfont à certaines conditions. Il est d'ailleurs impossible de formuler des règles générales précises à ce sujet, car il

n'existe pas de certitude pour affirmer la guérison et, de ce fait, l'on ne pourra se baser que sur des données empiriques et des hypothèses. Nous ne les discuterons pas ici, ce serait sortir du cadre d'une étude médico-légale où nous n'avons pas à prendre parti pour telle école contre telle autre.

En pratique, le médecin va se trouver en présence de deux éventualités : son client lui demande s'il peut se marier, ou les parents d'un des fiancés viennent solliciter des renseignements sur l'autre.

Lorsqu'un syphilitique vient demander à son médecin l'autorisation de se marier, selon son état on l'autorise ou bien on le lui défend, mais il faut avoir soin, pour ne pas le décourager, de préciser que cette interdiction est temporaire et que le mariage lui sera permis dès l'instant où sa maladie cessera d'être contagieuse.

Si le malade refuse de se soumettre, s'il est insensible aux remords de conscience, il importe de lui montrer ce qu'il risque en contaminant son conjoint, le scandale qui en résultera, le divorce, les procès et les dommages-intérêts à payer, les affronts à subir. Ces arguments sont en général suffisants. Si tous les efforts du médecin sont vains, il ne doit pas s'attarder à discuter, sa dignité gagnera à rompre la conversation dès qu'il aura jugé de l'inanité de ses efforts.

Il faut écarter toutes les raisons sentimentales de ceux qui, en l'occurrence, veulent violer le secret, car ce secret, le médecin ne l'a connu que dans l'exercice

de sa profession, le malade a été obligé de le livrer pour se faire traiter et ce, en toute confiance. « Le malade est chez vous sous la protection de la loi et vous resteriez libre de vous placer au-dessus de celle-ci et d'utiliser ce secret au profit d'autrui contre le confident. Je ne saurais souscrire à pareille théorie. » (Brouardel.) Vous devez donc assister muet au drame qui se prépare, vous ne devez rien dire, car « l'exigence des devoirs ne fléchit pas devant l'infamie d'autrui » (Hémar).

⁂

Au contraire, lorsque les parents de la fiancée, par exemple, viennent demander des renseignements sur le fiancé, le médecin n'est pas désarmé et il peut toujours, avec un peu d'habileté, faire différer, ou rompre un mariage qu'il juge inopportun, sans rien révéler à quiconque de la syphilis de son client.

Certains médecins sont persuadés que, s'ils ne peuvent révéler qu'un de leur client a la syphilis, ils peuvent du moins faire connaître que tel autre n'a pas eu la syphilis, et ce faisant, ils ne trahissent, pensent-ils, aucun secret. Mais « exprimer son opinion quand elle est favorable, se taire quand elle est défavorable est inadmissible », dit Brouardel; en effet, le médecin qui ne parle que s'il peut affirmer l'absence de la syphilis sera vite démasqué.

Il faut expliquer aux parents, avant même de connaître aucun nom, que l'on ne donne jamais de renseignements, que ce refus n'a donc aucune significa-

tion, ni bonne, ni mauvaise, que, lié par le secret professionnel, il est interdit au médecin de parler (il ne doit même pas reconnaître avoir donné des soins à telle personne qu'on lui désigne).

Ceci ne veut pas dire que le médecin restera inactif, rien ne l'empêche d'ajouter : « Je puis vous parler si M. X... me délie du secret professionnel, demandez-lui cette autorisation. » L'existence de la syphilis sera ainsi dévoilée, car un refus du fiancé équivaudrait à un aveu.

Il ne faut pas conseiller, comme beaucoup d'auteurs, une assurance sur la vie — l'examen médical pratiqué étant beaucoup trop sommaire et par suite sans valeur aucune — mais plutôt un certificat prénuptial.

Le certificat prénuptial, même s'il est favorable, ne sera jamais remis à des tiers, à moins que l'intéressé ne soit consentant et il est alors prudent de se faire délivrer une pièce constatant l'accord des parties. Le mieux, à notre avis, est d'adresser directement au fiancé une lettre où l'on déclare simplement: « M. X..., ainsi que vous me l'avez demandé, je vous considère actuellement comme médicalement apte (ou inapte) au mariage. »

Avant de délivrer une telle attestation, il faut pratiquer un examen clinique complet, et aussi un examen sérologique du sang; si on a le moindre doute de syphilis nerveuse, exiger la ponction lombaire.

Cet examen sera le même si le candidat est inconnu (dans ce cas vérifier toujours son identité), ou

connu du médecin. En effet, Brouardel fait très justement remarquer que, parfois, le malade pour éviter une indiscrétion quelconque, s'il soupçonne une syphilis, va consulter et se fait traiter par un médecin inconnu de son entourage, le médecin croit bien connaître son client et il ignore un fait capital.

De plus, ce serait une lourde faute de n'avoir pas fait une réaction de Bordet-Wassermann dans le sang; sa valeur, évidemment, n'est pas absolue, mais c'est néanmoins un moyen de diagnostic précieux que le praticien ne doit pas négliger. Or, on demande au médecin un certificat, qu'il n'est pas tenu de délivrer, mais qui est susceptible d'engager sa responsabilité; il doit donc éviter toutes les causes d'erreur et le refuser, si le client ne se prête pas docilement à toutes les investigations nécessaires.

Donc, surtout pas de certificat de complaisance, il serait assez aisé de prouver qu'il en a été délivré un lorsqu'une femme présenterait, peu de temps après son mariage, des signes de syphilis. Il y aurait cependant des questions de faits à examiner assez délicates; il faudrait être certain que l'infection existait à l'époque de l'examen et n'a pas été contractée depuis, par exemple par le mari « en enterrant sa vie de garçon »; en outre, le certificat pour avoir de la valeur ne doit pas être trop ancien.

En résumé, avant le mariage, si les parents cherchent à se renseigner, il est possible de provoquer un examen. Mais on donnera un avis uniquement

dans les cas où l'on aura pu s'entourer de toutes les garanties désirables; dans les autres, on ne dira rien : ce refus motivé par la mauvaise volonté du candidat à se laisser examiner correctement le trahira sûrement. Lorsqu'on aura affaire seulement au malade et qu'il veuille se marier malgré nos remontrances, nous ne pouvons rien, il n'existe pas de moyen légal permettant de dévoiler sa maladie.

« Je comprends, dit Thibierge, l'indignation d'un médecin en présence d'un syphilitique dont il ne peut empêcher le mariage; je comprends ses sentiments de répulsion et son impatience d'agir, mais je ne saurais trop l'engager à ne pas violer son secret.

« Le magistrat saisi d'une plainte en révélation de secret professionnel, émanât-elle d'un misérable, rendrait peut-être hommage au courage du médecin, mais ne serait pas moins forcé de le condamner. »

Pendant le mariage.

Le préjugé qui consiste à voir dans la syphilis une maladie honteuse, réservée aux seuls débauchés, fait que son apparition dans un ménage amène souvent la désunion entre les époux. Aussi le médecin en présence d'un syphilitique marié doit-il observer la plus grande réserve : un diagnostic brutalement formulé pouvant engendrer de graves discussions dans une famille, où la syphilis a pu pénétrer par des voies indirectes, ou par une contamination d'origine extra-génitale, c'est ce que l'on a appelé la syphilis des innocents. Hâtons-nous de dire, qu'à

notre avis, cette dernière est certainement l'exception. Mais, alors même que l'on est en droit de soupçonner la fidélité des époux, la plus grande circonspection est de rigueur. Le médecin a autre chose à faire que d'aider son client ou de lui suggérer les possibilités d'un divorce. Il doit essayer, dans la majorité des cas, de faire admettre une origine accidentelle possible à cette syphilis, quitte à en exagérer la fréquence. Par des questions maladroites, il ne créera pas de soupçons, il calmera les craintes en montrant combien cette maladie est curable, combien le traitement est facile, et, la plupart du temps, les choses s'arrangeront très bien. Evidemment tout dépend de l'habileté du médecin et aussi du milieu social et intellectuel des clients. Mais le médecin doit :

1° S'efforcer d'empêcher la contamination du conjoint s'il en est encore temps;

2° Ne rien faire et ne rien dire qui puisse troubler une union même illégale.

⁂

Lorsque l'on examine un syphilitique marié, il est nécessaire de voir le conjoint afin de se rendre compte de son état, c'est ici qu'il faut agir avec tact pour parvenir à ce but sans provoquer aucun soupçon. Car ce client, qui a le droit d'exiger le secret le plus absolu sur sa maladie, ne peut rester ignorant de sa nature et de sa gravité.

Pour le mari, la chose est assez simple car c'est lui le plus souvent qui est le coupable, s'il avoue tout est bien. Mais s'il affirme n'avoir jamais trahi sa femme et qu'il soit néanmoins porteur d'un chancre génital, le médecin devra atténuer autant que possible la portée de sa révélation.

Maintenant, si c'est la femme qui vient consulter, pas de difficultés; si elle avoue quelque aventure, il suffira de l'avertir du danger qu'elle peut faire courir à ses proches. Mais, si l'épouse prétend que sa conduite est irréprochable et qu'elle ait un chancre génital, le médecin ne peut lui laisser ignorer qu'elle est atteinte d'une maladie exigeant des soins immédiats et prolongés; d'autre part, il est à craindre qu'elle comprenne et veuille quitter son mari.

Seulement, il ne faut pas oublier qu'il s'agit moins de porter remède à une union compromise, qu'à un malade qui demande des soins, il est donc urgent de l'éclairer sans retard; si le coupable s'y refuse, il n'y a pas à hésiter. Le médecin doit révéler avec toutes les précautions nécessaires, au malade, sa maladie, pour lui permettre de se soigner correctement. Traiter un malade sans lui faire savoir qu'il a la syphilis, sous prétexte de paix dans un ménage, serait une lourde faute car le traitement sera toujours insuffisant. Quel est le plus grave, de risquer d'être cause d'un divorce si l'on parle, ou d'être cause d'une paralysie générale si l'on se tait?

a) Le malade vient consulter seul. Si ultérieure-

ment le conjoint averti vient vous demander des renseignements, il ne faut même pas le reconnaître pour un de vos clients, même si c'est une femme. La femme mariée, lorsqu'elle peut manifester sa volonté, peut se faire soigner librement et n'a pas besoin du consentement de son mari, elle a droit à un secret absolu;

b) La visite a lieu en présence des deux époux. Le diagnostic que vous devez au malade, il faut légalement le taire à son conjoint. Le médecin qui croit utile de faire participer l'époux du consultant aux constatations qu'il a faites, ne peut agir ainsi sans l'assentiment éclairé de celui qui s'est confié à ses soins, sinon il viole le secret professionnel.

En voici un exemple : un médecin fut poursuivi par un client qui lui reprochait d'avoir diagnostiqué à tort qu'il était syphilitique, et ensuite de l'avoir révélé à des tiers. Une expertise confirma le diagnostic, restait la révélation du secret professionnel. La visite avait eu lieu chez le malade, en présence de sa femme; le médecin, qui, lors d'un premier examen, avait déjà émis l'hypothèse de syphilis, confirma son diagnostic et indiqua à la femme quels dangers de contagion elle courrait ainsi que ses enfants.

La Cour de Lyon ne vit pas là une violation du secret et déclare, dans un arrêt du 16 juin 1909, que le malade peut être considéré comme ayant consenti tacitement à la révélation, car « en le recevant (le médecin) une seconde fois, et en se faisant visiter

par lui en présence de sa femme, il l'autorisait par là même à formuler en présence de celle-ci des appréciations dont il pouvait par avance mesurer la gravité » (D. 1910-2-123).

Le raisonnement de l'arrêt est logique, mais il n'en reste pas moins que l'on sent toute l'opportunité d'une telle interprétation, et il est vraisemblable qu'il aurait été cassé par la Cour de Cassation qui considère la disposition de l'article 378 comme générale et absolue « en imposant, à certaines personnes, l'obligation au secret comme un devoir de leur état, le législateur a entendu assurer la confiance qui s'impose dans l'exercice de certaines professions » (Cassation, 17 juin 1927. D. H., 1927-433).

Aussi est-il préférable de ne rien révéler à l'autre époux, mais de chercher à obtenir du malade qu'il fasse lui-même l'aveu de son mal.

La séparation de corps. Le divorce.

La transmission de la syphilis au conjoint constitue-t-elle une cause de séparation de corps ou de divorce? Cette question, malheureusement trop importante par le nombre de ceux qu'elle peut intéresser, a été de tout temps assez discutée. Il y a eu des doutes à cet égard dans l'ancienne jurisprudence : « Le mal vénérien, dit Pothier, quoiqu'il y ait de fortes raisons de croire que le mari se l'est attiré par ses débauches, ne peut servir de fondement à une demande de divorce, ce mal n'étant plus aujourd'hui un mal incu-

rable mais un de ceux que les chirurgiens savent guérir. » Mais, cet argument tiré de la curabilité de la syphilis, n'était pas admis par tout le monde : « Trop souvent de jeunes débauchés, à l'aspect d'une alliance assortie qui se présente, sortent de l'indifférence où ils vivaient sur leur état honteux, courent à la médecine, pressent les remèdes et, dès qu'ils ont couvert d'un masque de santé le venin qui les dévore, ils vont se précipiter dans les bras d'une épouse, mais ils en sont quelquefois cruellement punis. Cette peste tourne à son profit, l'impuissance ou l'impéritie des essais, elle se fortifie en détruisant l'homme; et, quand elle s'est assurée quelque temps la possession d'un individu, elle semble prescrire à la fin contre les remèdes et se jouer des cures les plus savantes. » (Merlin.)

D'ailleurs, ce que les juges visaient, en prononçant la séparation, à cette époque où l'on considérait la syphilis comme une maladie uniquement puisée dans la prostitution, c'était le vice et la débauche et non le fait de la contamination lui-même. L'avocat général Vergès, s'expliquant sur le silence de la loi, qui ne parle pas plus de la syphilis que de la lèpre et de l'épilepsie, disait de ces dernières : « Ce sont des calamités de la nature qui attaquent la vertu comme le vice : la volonté de l'homme n'y est pour rien; elles font des malheureux et non pas des coupables, et les époux en s'unissant se sont juré de partager les infirmités qu'il plaît à la Providence de leur envoyer. Mais celle-ci (la syphilis) est ordinairement le

fruit et la punition du vice; le devoir n'oblige pas toujours celle qui est innocente à partager la punition... » Il soutenait que la contamination de la femme devait être considérée comme la plus grave des injures et les juges, adoptant ses conclusions, prononcèrent la séparation des époux. (16 décembre 1771.)

Au début du XIXe siècle, au lendemain de la rédaction du Code Civil, en raison du silence de la loi, il y eut quelques hésitations, les tribunaux exigeaient, pour prononcer le divorce, que la contamination fût accompagnée de faits particuliers de nature à lui donner le caractère d'une injure grave. C'était encore presque toujours la question de la débauche antérieure, ou au cours du mariage, qui décidait les magistrats. Un savoureux arrêt de la Cour de Lyon, du 18 avril 1818, pose les principes suivants :

« Attendu que la réunion des circonstances articulées présente non seulement le caractère de l'injure la plus grave pour la dame V..., mais encore de l'attentat le plus affligeant pour les familles; qu'il s'agit d'un homme qui, sciemment infecté du poison honteux de la débauche, aurait eu la coupable audace d'en souiller la couche nuptiale le jour même où il y a été admis, d'avoir versé en pleine connaissance de cause le germe de cette honteuse maladie dans le sein de la malheureuse dont il a trompé la foi, d'avoir flétri dès le début de la vie conjugale son existence physique et morale, de l'avoir en quelque

sorte ravalée à la condition d'une prostituée, d'avoir ainsi porté dans son cœur et dans le sein d'une famille entière, la honte et le désespoir à la place du bonheur, de toutes les douces illusions qui, dans l'esprit des jeunes filles comme dans celui des familles, se lient toujours au but comme à l'idée du mariage, et d'avoir ainsi comblé la mesure de la perversité en repoussant les plaintes et les larmes de la victime par des brutalités et les voies de fait les plus graves... »

Actuellement, la loi du 27 juillet 1884, qui a rétabli le divorce en France, a déterminé ses causes par divers articles incorporés au Code Civil. Le divorce est prononcé, comme la séparation de corps, pour adultère (art. 229 et 230), excès, sévices et injures graves (art. 231 et 232).

Dans ces articles, la syphilis n'est pas nommée, le législateur a posé des principes généraux, laissant aux tribunaux le soin de les appliquer aux cas particuliers sur lesquels ils ont à se prononcer. Ceci est fort heureux, car il est des cas où la contamination d'un conjoint se fait dans des circonstances où elle n'engage pas sa responsabilité, ce sont par exemple les chancres professionnels : un chancre du doigt peut être pris au début pour une ulcération bénigne et la transmission de la syphilis peut avoir lieu avant le moment du diagnostic. Ces cas ne tombent pas sous le coup de la loi et un jugement du Tribunal de Versailles l'a reconnu en disant : « La syphilis peut avoir pour cause une contamination accidentelle, la

science cite de nombreux cas où elle a été contractée par une contagion autre que celle d'un rapport sexuel et il faut administrer la preuve que la syphilis a été contractée par suite de relations adultères. » (9 juillet 1895. D., 98-2-137.)

Adultère.

Pour que le divorce soit prononcé, il n'est pas nécessaire que l'époux atteint de la maladie l'ait communiquée à son conjoint, il suffit que celui-ci ait été à même d'en constater l'existence d'une façon certaine. Mais encore faut-il que, par son siège, par les précautions prises par l'époux contaminé pour la cacher, la syphilis soit nettement imputable à une infidélité.

Fournier cite l'observation d'une dame au-dessus de tout soupçon, dont le mari était absolument sain, et qui prit la syphilis sans qu'on pût s'expliquer sa provenance : une enquête approfondie révéla que la femme de chambre, sitôt que sa maîtresse était sortie, se servait de ses objets de toilette, elle avait ainsi contaminé sa maîtresse. On comprend combien dans un cas de ce genre il serait injuste d'atteindre dans sa considération et dans son honneur conjugal un époux innocent déjà frappé dans sa santé.

Il a été jugé en ce sens que la syphilis constatée chez une femme, dont le mari n'avait jamais été atteint de cette maladie n'établit pas nécessairement l'existence de relations adultères à la charge de l'épouse contaminée, alors surtout que les plus favorables renseignements protestent en sa faveur, et que

le mari n'apporte aucune preuve de l'inconduite de sa femme. (Cour d'Appel de Paris, 13 avril 1897. D., 98-2-137.)

De même le fait qu'un époux aurait communiqué à son conjoint une syphilis, dont ce dernier aurait été jusqu'alors indemne, ne constitue pas, à lui seul, une présomption suffisante d'adultère à la charge de l'époux premier atteint. (Paris, 5 février 1876. D., 76-5-405.)

Toutefois le divorce est à bon droit prononcé contre une femme qui a été atteinte au cours du mariage alors qu'il est établi (notamment par un certificat médical) que le mari n'a jamais été atteint de cette maladie, la contamination de la femme ne pouvant s'expliquer, en l'espèce, que par l'existence de relations adultérines. (Paris, 6 août 1896. S., 98-2-203.)

Il est exceptionnel d'ailleurs que la syphilis soit invoquée à ce titre par le demandeur. Lorsque le divorce est demandé pour adultère, et que l'époux contre lequel l'instance a été engagée a bien contracté la syphilis au cours de relations adultérines, si la preuve peut être administrée par d'autres moyens on s'abstient d'invoquer l'existence de la syphilis.

Sévices et injures graves.

Il s'agit, en général, d'une syphilis antérieure au mariage, sinon nous retombons dans les cas envisagés au paragraphe précédent. Or les faits antérieurs au mariage ne sont pas, en principe, une cause de divorce mais, selon les circonstances, ils peuvent constituer

par eux-mêmes, ou par leurs conséquences, une injure grave dont les tribunaux peuvent seuls apprécier la portée pour admettre ou rejeter cette demande.

En ce qui concerne la syphilis, il est certain qu'il y a deux raisons plutôt qu'une de décider, l'époux contaminé est pour ainsi dire deux fois atteint : dans sa personne physique et dans la confiance que lui avait inspiré son conjoint. On concevrait donc à la rigueur que la seule révélation d'un mal préexistant dans la personne d'un conjoint, sans communication à son conjoint, et, à l'inverse, la communication d'un mal dont la préexistence ne seraient pas établies fussent suffisantes pour entraîner le divorce. Mais, d'autre part, il ne faut pas perdre de vue que la syphilis peut être méconnue du malade lui-même, qu'il peut être l'objet d'une contamination inconsciente et, par suite, il est permis de soutenir qu'en faisant nécessairement de ce seul cas (en dehors de l'adultère) une cause de divorce, on aboutirait en réalité à frapper un fait éminemment regrettable mais sans rapport aucun avec les obligations qui naissent du mariage. C'est ce qui explique les contradictions apparentes que l'on retrouve dans les différents jugements et arrêts.

Les faits variant d'une cause à l'autre, les conditions accessoires les plus diverses venant dans chaque instance modifier ou atténuer la responsabilité de l'époux contaminateur, il est difficile de tirer des divers jugements et arrêts rendus des déductions générales formelles. Cependant il en résulte d'une

façon indiscutable qu'à l'heure actuelle la syphilis ne peut à elle seule entraîner la dissolution du mariage sauf lorsqu'elle se trouve accompagnée de circonstances accessoires lui imprimant le caractère d'une injure grave, et il appartient aux tribunaux de déterminer pour chaque affaire s'il existe les éléments constitutifs de l'injure grave.

Avant d'étudier les différents cas particuliers qui peuvent se présenter, nous préciserons d'abord deux points importants.

Invoquée comme sévice ou injure grave, la syphilis suppose toujours la communication au demandeur. La seule apparition chez le conjoint d'une maladie n'est pas une cause de divorce : « La loi ne reconnaît pas l'état de maladie d'un des époux comme constituant une cause légitime de rupture du lien conjugal en faveur de l'autre époux. » (Dijon, 20 novembre 1903. D., 1904-2-136.)

De plus une syphilis contagieuse légitime la cessation de toute relation conjugale, c'est-à-dire que l'un des buts du mariage se trouve manqué. Or l'on sait que la suspension prolongée des rapports sexuels est considérée comme une injure grave susceptible de servir de base à un jugement de divorce, mais il faut que cette suspension soit volontaire et non motivée par des empêchements écartant toute idée de mépris ou d'outrage. Si le mari s'abstient d'accomplir le devoir conjugal pour ne pas transmettre la syphilis à sa femme il est excusable et le divorce ne peut être

prononcé contre lui pour ce motif. (Versailles, 4 juillet 1883. *G. P.*, 83-2-201.)

De même ne saurait constituer une injure grave, ni par suite une cause de divorce le fait par un des époux de refuser le concubitus, alors qu'il sait pertinemment que l'autre époux est atteint d'une maladie honteuse. (Paris, 5 mai 1888. *France judiciaire*, 13-55.)

En général, les tribunaux attachent, à juste titre, une grande importance dans l'appréciation des torts de l'époux à la connaissance qu'il avait de sa maladie, au soin qu'il a pris de s'assurer de sa nature et de sa guérison avant de se marier s'il était atteint de la syphilis avant son mariage; ou de se faire soigner et de se renseigner sur la nature de l'affection s'il l'a contractée après le mariage. En effet, les sévices et injures graves impliquant nécessairement l'intervention de la volonté personnelle il s'ensuit que la communication de la syphilis ne peut jamais motiver le divorce ou la séparation de corps quand elle a eu lieu inconsciemment alors que l'époux qui a contaminé son conjoint ne se savait pas atteint ou se croyait guéri.

Il a été jugé en ce sens que la communication de la syphilis à la femme par le mari n'est pas une cause de séparation alors qu'au moment du mariage il se croyait guéri et que la communication du mal a été involontaire et exempte de toute injure. (Paris, 5 février 1876, précité, et aussi Cassation, 30 novembre 1925, *G. T.*, 1926-1-27.)

Par contre, un arrêt de la Cour de Paris, du 12 août 1895, prononce le divorce contre un mari qui n'a pas dénié « qu'il était infecté du mal vénérien avant l'époque de son mariage, qu'il connaissait parfaitement son état et la nature de sa maladie » et qui s'est marié « avec cette parfaite connaissance et sans s'être assuré au préalable s'il était guéri et en état de contracter honorablement mariage ».

Ou s'il « a continué étant malade à avoir des relations sexuelles ». (Douai, 7 janvier 1908. S., 1908-2-278.)

C'est en somme l'application du principe à savoir qu'il faut déterminer si le dommage a été causé sciemment ou insciemment, si toutes les précautions ont été prises pour empêcher le dommage et s'il a été causé de bonne foi ou de mauvaise foi.

Une femme n'est donc pas fondée à réclamer le divorce alors qu'il n'est pas établi qu'elle ait été contaminée sciemment par son mari. (Seine, 4 juin 1897. *G. T.*, 6 octobre 1897, et Saint-Quentin, 24 janvier 1907, S. 1907-2-250.)

A côté de ces affaires où la connaissance par le mari de son état pathologique et de ses conséquences constitue à lui seul une injure ou un sévice vis-à-vis de sa femme lorsqu'elle est contaminée, il en est d'autres où les tribunaux admettent comme injure grave des faits extrêmement variables.

Par exemple un arrêt de la Cour de Bordeaux du 18 février 1857 considère comme une circonstance

aggravante de la part du mari le fait de laisser manquer sa femme de soins, l'eût-il contaminée inconsciemment, s'il a eu connaissance plus tard de son état, et qu'il ait sacrifié le soin de sa santé à une fausse honte. (D., 57-2-98.)

Ou lorsque le fait de la contamination a été rendu public, par exemple par la production du mari sur l'état de distribution ouvert entre ses créanciers du mémoire du pharmacien qui a fourni les médicaments. (Caen, 30 décembre 1840, P. 41-1-284.)

Le fait par le mari d'avoir communiqué la syphilis à sa femme emprunte, dans le cas où cette communication est due à des relations imposées par la violence, un caractère particulier d'injure et de sévice; qu'il en est ainsi alors surtout que la femme a de graves raisons de croire qu'un enfant né à la suite de ces relations se trouve atteint de cette maladie. (Rennes, 14 juillet 1866, D., 66-2-163.)

Il y a même quelques tribunaux qui ont tenu compte, dans l'estimation de la responsabilité du conjoint, de la gravité des accidents survenus chez l'autre. Ceci est profondément injuste, car cette gravité ne dépend pas de l'époux contaminateur, et cette gravité actuelle ou passée ne peut en aucune façon préjuger de la gravité ultérieure de la maladie. (Compiègne, 25 avril 1894. *Le Droit*, 14 mai 1894.)

Les juges qui, nous l'avons vu, permettent la suspension des relations conjugales en cas de syphilis, ont considéré comme une injure grave le simple fait, par un mari atteint de syphilis contagieuse, d'exposer

son conjoint à contracter la maladie en se faisant soigner par lui. (Nancy, 30 janvier 1886. S., 86-2-181.)

Enfin, pour terminer, un jugement récent du Tribunal de la Seine : « Commet envers sa femme une injure grave de nature à motiver le divorce, le mari qui soutient dans sa demande principale en divorce que celle-ci lui aurait communiqué une maladie vénérienne, alors qu'il résulte d'une expertise médicale que, suivant de fortes probabilités, ce serait le mari qui aurait lui-même transmis à sa femme la syphilis, dans les premiers mois du mariage. Et le jugement fonde sa décision uniquement sur l'injure commise par le mari en accusant injustement sa femme de lui avoir transmis la syphilis. » (15 octobre 1920. *G. T.*, 1921-2-247.)

***

Les interprétations des tribunaux sont, on le voit, assez nombreuses; on nous reprochera peut-être d'avoir développé un peu longuement cette question de la syphilis dans ses rapports avec le divorce. Mais les éléments de droit qui la concerne sont peu familiers à la majorité des médecins et, ce qui est plus grave, beaucoup n'ont sur cette question que des idées erronées.

Or, le médecin, surtout le spécialiste, doit bien connaître cette jurisprudence, car, en dehors des cas où il est expert, c'est-à-dire le conseil et l'auxiliaire de la justice, il peut être mêlé aux préliminaires d'un divorce. Il peut être consulté à un moment où l'ins-

tance n'est qu'à l'état de possibilité ou de probabilité et, en l'occurrence, son avis donné au moment propice aura souvent une influence décisive sur la conduite de son client. Dans tous les cas il doit conseiller à l'époux syphilisé de ne pas engager d'instance basée sur la transmission de la syphilis, surtout s'il existe d'autres éléments suffisants pour faire prononcer le divorce. En effet, il est très difficile de faire la preuve péremptoire et juridique de l'origine de la syphilis, cela le médecin le comprend mieux que tout autre, il ne suffit pas d'avoir la conviction que le mari a contaminé sa femme, il faut que l'expert, qui sera nommé, soit en mesure d'en apporter la démonstration absolue.

Tous les juristes sont d'accord sur ce point avec les médecins, et Vergès prononçait en 1771 ces paroles qui ont conservé toute leur valeur : « Pourquoi, dira-t-on, tant d'arrêts qui n'ont pas admis ou qui ont formellement rejeté la preuve de ce moyen, s'il est vrai qu'il soit légitime? Il est facile d'en sentir la raison. Tant qu'une question de cette nature se présente sous des apparences équivoques, que la vérité des faits paraît problématique, le fruit des recherches incertain, l'origine du mal douteuse, ses effets passagers et curables, et le premier coupable difficile à distinguer, admettre légèrement une pareille preuve ce serait ébranler le premier fondement de la société, et porter une atteinte fatale à l'harmonie des mariages. Il faut que les circonstances parlent, crient contre le mari coupable, qu'il soit prouvé

l'être, et qu'il le soit seul... en un mot que la nécessité fasse violence aux lois et leur demande au nom de la nature, la conservation d'un être innocent menacé de périr.

« Si le succès des épouses qui prennent cette route est si rare, ce n'est donc pas que l'outrage manque de gravité, ni le moyen de légitimité; c'est qu'il est difficile de réunir les circonstances fortes et impérieuses qui peuvent seules plier la force du lien conjugal. »

En outre, l'intérêt des parties et l'intérêt des enfants veut que l'on n'étale pas en public la syphilis dont ils sont atteints : dans un procès de ce genre le demandeur déclare et offre de prouver qu'il a la syphilis, mais s'il risque fort de perdre son procès il est du moins assuré d'obtenir un certificat de syphilis inséré dans le jugement.

***

S'il se trouve, en fait, peu de sujets désireux de tenter l'expérience, en quoi le médecin pourra-t-il aider son client engagé dans une telle voie, à son insu ou malgré lui? Le malade, en effet, va lui demander de l'aider à prouver sa bonne foi, soit par un témoignage en justice, soit par un certificat. La conduite à tenir est très délicate, très discutée par tous les auteurs qui dans l'ensemble répondent par la négative.

Le témoignage en justice ne nous [illegible]

longtemps, le médecin doit se refuser à déposer dans tous les cas et surtout dans une affaire de divorce. S'il ne soigne qu'un des conjoints, celui-ci à la rigueur pourrait le délier du secret professionnel. Mais si le médecin a soigné le mari et la femme, leur consentement commun serait nécessaire pour permettre la révélation et il ne pourrait être relevé du secret par un seul d'entre eux, tous les deux étant également intéressés à ce qu'il ne soit pas divulgué.

Dans une affaire célèbre, souvent citée, il a été jugé que le médecin devait se taire même si le transmetteur avait donné son consentement à la révélation. (Grenoble, 28 août 1828.)

Pourtant, plus récemment, la Cour de Toulouse, dans un arrêt du 18 février 1898, a admis qu'un médecin aurait pu déposer « s'il avait été relevé par toutes les parties du secret professionnel », ce dernier arrêt est d'ailleurs en désaccord avec la jurisprudence établie par la Cour de Cassation. Cette incertitude juridique quant à la valeur de son témoignage, jointe à la doctrine médicale du secret, doit inciter le médecin à refuser systématiquement son témoignage oral en justice.

Nous disons témoignage oral, car tout différent sera notre point de vue relatif au témoignage écrit, c'est-à-dire au certificat. S'il est admis qu'un médecin peut valablement délivrer à l'époux le certificat qu'il lui demande, par exemple constatant les voies de fait d'un mari sur sa femme et leurs conséquences

sur la santé de celle-ci (Poitiers, 15 décembre 1894, S. 1895-2-26), qu'adviendra-t-il si un des époux demande un certificat constatant une maladie transmise par l'autre? Un certificat de cette nature constitue, de l'avis de certains auteurs, une infraction à l'article 378 du Code Pénal et ils citent à l'appui de leur thèse les jugement et arrêt suivants : un jugement du tribunal civil de Bordeaux du 28 avril 1891, reconnaissant au médecin le droit de délivrer à une femme mariée un certificat constatant que son mari a la syphilis si cette femme a été visitée par le médecin à la demande du mari (syphilitique et au courant de son état), car, dans cette hypothèse, la femme avait mandat tacite du mari pour retirer le certificat des mains du médecin. (*La Loi,* 12 mai 1891.)

Sur appel, la Cour de Bordeaux a jugé que, si le fait par un médecin de délivrer, à l'insu du mari, à une femme mariée, un certificat concernant le mari, peut engager la responsabilité du praticien, il n'en est plus de même lorsque cette remise n'a pas été faite à l'insu et contre le gré du mari. (25 mai 1892. *J. arr. Bordeaux,* 1892-1-306.)

Enfin, une décision de la Cour de Cassation écartant des débats des lettres adressées par le médecin à la femme de son client, dans lesquelles il donnait des précisions sur la maladie de celui-ci. (Cass., 13 juillet 1897. D., 1900-1-43.)

Ils ont voulu y voir, d'abord la nécessité pour la femme d'être autorisée par son mari à se faire déli-

vrer un certificat et ensuite la nullité d'un tel certificat.

Il nous semble, au contraire, que dans ces deux affaires le médecin avait violé le secret professionnel en donnant à une autre personne qu'à l'intéressé lui-même des renseignements secrets par leur nature. Pour notre part, nous sommes formellement opposés à de telles pratiques et pensons qu'il ne faudrait pas toujours compter sur une interprétation aussi opportune que celle du tribunal de Bordeaux.

Toute différente est la question lorsqu'il s'agit d'un certificat remis à l'intéressé lui-même, dans lequel le médecin se gardera bien de faire aucune hypothèse, quant à l'origine, à l'âge de la syphilis constatée, et se contentera de décrire simplement les signes observés. D'ailleurs, la Cour de Cassation, dans un arrêt du 26 mars 1914, a admis qu'une partie pouvait produire en justice des certificats délivrés par le médecin qui a donné ses soins et dont il estime qu'il doit être fait usage. (D., 1919-1-56.)

Or il existe une règle générale qui veut que le médecin fasse toujours prévaloir sur ses sentiments personnels l'intérêt de son malade. Si donc celui-ci demande, dans un but précis, défini, par suite avouable, un certificat qui lui est indispensable pour faire valoir ses droits, nous ne croyons pas que l'on puisse lui refuser. Mais, toutes les fois que la chose sera possible, le médecin évitera de donner ce certificat et conseillera plutôt, à son client, de provoquer la no-

mination d'un expert dont l'avis sera plus écouté que le sien.

De même, supposons qu'un syphilitique autorisé à se marier fasse ultérieurement un accident contagieux et infecte sa femme. Est-il coupable? Assurément non, il s'est traité, a attendu un temps suffisant, par suite il s'est entouré de garanties morales suffisantes pour que sa bonne foi soit établie. On ne peut donc lui refuser un certificat indiquant que son état de santé ne s'opposait pas à son mariage. Et ceci la Cour de Colmar l'a reconnu, en autorisant l'époux défendeur à une demande de divorce, accusé d'avoir communiqué à son conjoint une maladie vénérienne, à produire pour sa justification les certificats médicaux qu'il s'est fait personnellement délivrer et qui se rapportent à divers stades de sa vie conjugale et anticonjugale. (19 janvier 1932. *Rev. d'Als.-Lorr.*, 1932-134.)

Il nous semble donc que le médecin peut exceptionnellement délivrer un certificat destiné à être utilisé dans un procès en divorce. Ce qu'il risque, ce n'est pas tant de voir son certificat écarté des débats, c'est d'être poursuivi pour avoir délivré un certificat susceptible d'amener le trouble et la discorde dans une famille ou un ménage. L'on trouve déjà cette remarque dans le jugement de Bordeaux précité, et elle a reçu son application au Havre (4 juin 1922) où un médecin a été condamné à des dommages-intérêts envers une femme à laquelle il avait, à la légère d'ailleurs, délivré un certificat de syphilis. Cette

affaire dont nous avons reproduit les attendus dans un précédent chapitre, s'entourait de par les circonstances d'un caractère un peu particulier, mais elle doit quand même inciter encore plus les médecins à la prudence.

CHAPITRE III

Poursuites au criminel

La contamination syphilitique est un fait suffisamment grave au point de vue individuel, comme au point de vue social, pour qu'on puisse avoir eu la pensée de la réprimer pénalement. Cependant il n'existe actuellement, en France, aucun article du Code Pénal, aucune loi spéciale qui organise cette répression. Il y a néanmoins des textes assez généraux pour s'appliquer à la contamination syphilitique : ce sont les articles 309 et suivants du Code Pénal punissant « tout individu qui volontairement aura fait des blessures ou porté des coups, ou commis toute autre violence ou voie de fait », ou encore les articles 319 et 320 qui visent, au contraire, les cas où les blessures et les coups ont résulté d'une maladresse, imprudence, inattention, négligence... ». Les textes du premier groupe s'appliqueraient aux cas de transmission volontaire, consciente, ceux du second groupe lorsque le contaminateur serait seulement coupable d'imprudence ou de négligence.

Mais peut-on faire entrer la contamination syphilitique sous la qualification de coups et blessures? Quelques rares décisions l'ont admis et ont appliqué les peines des articles 319 et 320 à des parents qui, sachant leur enfant atteint d'une syphilis contagieuse, l'avaient confié à une nourrice saine que le nourrisson avait rapidement infectée. (Seine, 27 juillet 1888, *in* S., 88-2-244, et Paris, 22 octobre 1888, *in* S., 89-2-4.)

D'autre part, la Cour de Cassation, sans avoir eu jamais à se prononcer formellement, a rendu, le 30 décembre 1905 (*Bulletin criminel,* 1905, p. 948), un arrêt dont les motifs sont favorables à l'interprétation large des articles cités : « Attendu que, dans l'article 320 du Code Pénal, qui punit le délit de blessure par imprudence, le mot blessure doit être pris dans son acception *la plus large* et comprend les lésions aussi bien internes qu'externes et les *maladies...* »

Dans ces conditions la syphilis peut être considérée comme une blessure et sa communication doit être réprimée comme constituant le délit de coups et blessures conformément aux articles 309 et suivants, 319 et suivants du Code Pénal.

Cependant la pratique des Parquets n'a pas suivi ce mouvement et la répression de la transmission de la syphilis, sous l'étiquette coups et blessures, bien qu'elle apparaisse juridiquement acceptable, n'est pas réalisée en fait.

***

Aussi les expertises au criminel pour syphilis sont-

elles très rares et le médecin interviendra simplement dans le cas de blessures à agent ou d'attentat aux mœurs. Nous étudierons les poursuites pénales contre le médecin pour inoculation accidentelle et même volontaire de la syphilis dans un chapitre consacré à la responsabilité médicale.

Le médecin légiste sera commis par le Procureur de la République s'il y a flagrant délit, ou plus généralement par le juge d'instruction.

1° Agent de la force publique.

Il est arrivé qu'un agent mordu, dans l'exercice de ses fonctions, par un sujet atteint de plaques muqueuses buccales ait eu un chanvre au niveau de la blessure; depuis, l'usage veut que l'on fasse examiner systématiquement les agents mordus.

Les plaies par morsure ne sont pas rares, elles intéressent le plus souvent les doigts ou les parties en saillie, telles que le nez, les oreilles. Le chancre, s'il s'en développe un, sera unique ou multiple : ainsi au doigt on peut observer deux chancres siégeant l'un à la face dorsale, l'autre à la face palmaire ou encore sur les deux faces latérales opposées, et correspondant aux lésions produites par les deux arcades dentaires.

D'autres fois il n'y a pas eu morsure, et Hutchinson a rapporté, en 1871, l'observation d'un agent qui contracta un chancre du doigt en assénant un coup de poing sur la bouche d'un voleur avec lequel il se

battait; il s'écorcha sur les arcades dentaires et put ainsi réaliser la contagion.

L'expert doit examiner le blessé et son adversaire. Il fait un rapport où il décrit toutes les lésions constatées sur l'agent, même celles qui paraissent minimes et négligeables, avec leur siège exact. Puis il recherche par un examen clinique complet si l'inculpé présente des signes de syphilis contagieuse. Leur constatation ne veut d'ailleurs pas dire que la victime fera une syphilis; de plus, pour admettre l'origine accidentelle de la maladie, il faudra que le chancre apparaisse après une durée d'incubation vraisemblable et siège exactement au niveau d'une des plaies décrites dans le rapport initial.

Enfin l'agent peut avoir été blessé à l'occasion du service mais s'être infecté secondairement et, à ce propos, Fournier eut à examiner un sergent de ville qui, « après avoir arrêté et conduit au violon une danseuse de bal public, commit l'imprudence d'aller lui porter dans sa prison quelques consolations particulières. Comme à cette époque la jeune captive était en pleine évolution secondaire, il contracta sur le doigt coupable un chancre induré ». Cet exemple, et il en existe bien d'autres, montre combien l'expert doit se montrer prudent car, presque toujours, le chancre extra-génital, malgré l'étiologie accidentelle évoquée par le malade, a une étiologie vénérienne.

2° Attentats aux mœurs.

L'expert est appelé à rechercher l'existence de la

syphilis chez la victime d'un viol ou d'attentat à la pudeur et à établir, par des confrontations entre cette victime et l'inculpé, si les manifestations syphilitiques qu'il aura constatées peuvent être considérées comme une preuve de la réalité de l'attentat et de la culpabilité de l'accusé.

La syphilis n'est pas très fréquemment transmise par le viol ou l'attentat à la pudeur : Tardieu l'a observée 17 fois sur 300 cas, et Vibert 3 fois sur 109 expertises relatives à ces faits, encore ce dernier n'a-t-il pu jamais démontrer qu'elle résultait du viol ou de l'attentat incriminés.

Cette rareté n'a rien de surprenant, il n'y a en effet aucune raison pour que les individus qui se livrent à des attentats soient plus fréquemment syphilitiques que d'autres. En outre, les cas de viol véritable, qui favoriseraient le mieux la contamination, sont relativement très rares, la victime étant presque toujours une petite fille, trop jeune pour que le coït puisse être accompli, le coupable se borne dans la majorité des cas à des attouchements dont le danger au point de vue transmission de la syphilis est beaucoup moindre.

La recherche médico-légale de la syphilis est soumise à une règle d'une importance capitale (Tardieu, Thoinot, Brouardel, Fournier) et qui ne doit jamais être enfreinte, à savoir de *ne jamais affirmer l'existence de la syphilis sur un signe isolé et après un examen unique* mais d'attendre pour se prononcer

d'avoir le contrôle du laboratoire (si cela est possible) ou d'avoir suivi l'évolution de la maladie et constaté un ensemble de lésions spécifiques. En effet, ce que peut montrer un examen unique, c'est un chancre ou des accidents secondaires; or, sans revenir ici sur le diagnostic différentiel du chancre, nous devons rappeler que ce diagnostic est souvent fort délicat; on voit chaque jour des syphiligraphes avertis hésiter en présence d'un malade et surtout d'une malade, suspendre leur jugement pendant plusieurs jours et même quelquefois malgré leur prudence commettre une erreur. En clinique, cette erreur sera reconnue ultérieurement et il n'en résulte guère de préjudice pour le malade. Mais, en médecine légale, elle acquiert une gravité énorme, il faut considérer en effet qu'affirmer la syphilis chez une victime, ou soi-disant telle, ce n'est pas seulement aggraver l'attentat commis, c'est parfois fournir la preuve décisive, aux yeux des magistrats, de la réalité de cet attentat.

Cette règle s'impose impérieusement surtout lorsqu'il s'agit de petites filles; on sait, en effet, qu'elles peuvent être atteintes de vulvites spontanées ou traumatiques qui s'accompagnent parfois d'ulcérations de caractères variables mais simulant, dans certains cas, des chancres indurés par leur aspect, l'induration, l'adénopathie. L'erreur est facile à commettre. Fournier rapporte le cas d'une enfant de six ans, qu'on présumait avoir été victime d'un attentat, par un individu qui venait d'être écroué à Mazas. Il l'examine

avec un autre expert et porte le diagnostic de vulvite avec chancre syphilitique. Le juge réclamait une affirmation immédiate. « L'hésitation ne paraissait guère possible, dit Fournier, toutefois, en vertu d'un principe formellement arrêté par moi comme règle de conduite en pareil cas, je refusai de signer le certificat qu'on réclamait de moi administrativement et fut assez heureux pour faire partager mon refus par l'expert. D'un commun accord nous voulûmes attendre et nous attendîmes. » Bien leur prit car, en huit jours, tout guérit : il s'agissait tout simplement d'une vulvite ulcéreuse chancriforme; de plus, une observation de plusieurs mois ne révéla aucune manifestation suspecte et par ailleurs l'enquête montra que les charges relevées contre le prévenu étaient insoutenables.

Quand, au lieu d'un chancre, ce sont des accidents secondaires que présente la victime, il est encore nécessaire de se livrer à plusieurs examens avant de porter le diagnostic médico-légal de syphilis. Sans doute, quand plusieurs de ces accidents bien caractérisés : roséole, plaques muqueuses... existent simultanément, il n'y a guère lieu d'hésiter sur la nature de la maladie; néanmoins, même dans ces cas et alors que l'expert a une conviction faite, il est nécessaire qu'il suive la maladie ou, mieux, qu'il se fasse contrôler par le laboratoire afin de pouvoir établir ses conclusions sur une démonstration solide.

On croirait difficilement par exemple que la vulvite diphtérique puisse donner lieu à des erreurs;

pourtant Brouardel en a vu un cas : un médecin avait certifié qu'une enfant âgée de deux ans et demi était décédée de diphtérie, mais il ajoutait qu'il avait constaté deux jours avant le décès l'existence d'une vulvite survenue après de petites ulcérations indiquant une contamination probable à la suite d'attouchements syphilitiques. A l'autopsie, après exhumation, on trouva des fausses membranes vulvaires typiques, hymen intact.

Voici un autre exemple d'erreur commise : une femme laisse sa fille, âgée de vingt-cinq mois, à l'hospice des Enfants-Assistés pendant qu'elle était en traitement à Necker dans le service de Brouardel. A sa sortie elle reprend son enfant et constate que celle-ci a des aphtes vulvaires. Un médecin consulté pose le diagnostic de syphilis et ajoute que la fillette est déflorée, or l'examen montra qu'il s'agissait d'une vulvite aphteuse et que l'enfant était vierge.

Il n'est peut-être pas inutile de rappeler que l'examen d'une personne qui a été ou est présumée avoir été victime d'un viol ou d'un attentat à la pudeur ne doit pas être limité aux parties génitales surtout s'il s'agit d'un enfant, car il peut montrer l'existence d'un chancre extra-génital.

Chez l'inculpé, la recherche de la syphilis exige les mêmes précautions que chez la victime. Quand il n'existe pas de traces de chancre au moment de l'examen, les accidents secondaires doivent être minutieusement recherchés. Ce qu'il faut démontrer,

c'est que l'inculpé est atteint de syphilis contagieuse, la question du siège des manifestations ne vient qu'en seconde ligne, car il a pu varier depuis le moment de l'attentat. En cas de résultat négatif et s'il n'y a pas de raison de soupçonner la syphilis chez l'inculpé (par exemple quand la victime est contaminée), un deuxième et un troisième examens à intervalles suffisants sont indispensables pour motiver des conclusions.

L'existence de la syphilis étant reconnue chez la victime ou soi-disant victime, il reste à rechercher si cette syphilis résulte d'un viol ou d'un attentat à la pudeur et si l'inculpé peut être considéré comme l'auteur de la contamination. Ici, le plus souvent, la conclusion ne sera catégorique que si elle est négative. Il est évident, par exemple, que si l'inculpé n'est pas syphilitique il ne peut avoir été l'auteur de la contagion; encore cette preuve ne peut-elle être invoquée qu'à la condition que l'absence de syphilis chez l'inculpé soit établie par plusieurs examens cliniques et sérologiques pratiqués à intervalles éloignés et que d'autre part l'attentat présumé ne remonte pas à une date assez ancienne pour qu'on puisse admettre que toute trace de syphilis ait eu le temps de disparaître chez l'inculpé spontanément ou sous l'influence d'un traitement.

Dans le cas où l'inculpé est reconnu syphilitique on pourrait encore affirmer qu'il n'est pas l'auteur de la transmission si la syphilis était chez lui plus récente que chez la victime. Toutefois l'expert, dans

une discussion médico-légale, invoquera des considérations de cette nature avec prudence, étant donné que l'évolution de la maladie peut se faire avec une rapidité très différente chez deux individus.

En ce qui concerne les conclusions à tirer de l'examen de la victime, il faut distinguer suivant que celle-ci est une femme, une fille adulte ou une enfant. S'il s'agit d'une adulte, l'expert ne peut que signaler la coïncidence de la syphilis chez elle et chez l'inculpé et indiquer qu'il est *possible* que la syphilis de la femme ait été transmise par celui-ci. Cependant, quand le chancre occupe chez les deux sujets en cause une situation correspondante, quand l'expert a pu, par un premier examen de la femme constater une défloration récente, ou des traces de violences sur les parties génitales et assister ensuite à l'éclosion d'un chancre, il est naturellement de son devoir de faire ressortir la valeur de ces faits au point de vue de l'accusation.

Quand il s'agit d'une enfant, il faut compter avec la possibilité d'une transmission accidentelle. Il importe de savoir que, lorsque les parents découvrent chez leur petite fille une vulvite spontanée, ils soupçonnent qu'elle a été victime d'un attentat, ils interrogent l'enfant qui, sous la menace d'une punition, imagine tout un récit mensonger qu'elle soutient ensuite avec une ténacité et une assurance incroyables. Chaque fois que le chancre ne siège ni aux parties génitales, ni à l'anus, il est bon de penser à une ori-

gine accidentelle et, au besoin, d'examiner toutes les personnes de l'entourage de l'enfant : « Une petite fille de six ans environ était atteinte d'un chancre de la bouche et de plaques muqueuses vulvaires qui avaient éveillé l'attention des parents. Brouardel examina diverses personnes soupçonnées : elles étaient toutes indemnes de syphilis, mais la mère de l'enfant présentait de nombreuses plaques muqueuses de la bouche. Cette femme se savait syphilitique et, sur le conseil de son médecin, s'abstenait depuis longtemps de rapports avec son mari, mais, ignorant que la maladie pouvait se transmettre autrement que par le commerce sexuel, elle n'avait pris aucune précaution à l'égard de son enfant. »

Il peut arriver qu'un inculpé syphilitique invoque le fait de sa maladie comme une preuve de son innocence quand la victime n'est pas atteinte elle-même de la syphilis. Cet argument n'a qu'une valeur très relative car l'inculpé peut à ce moment ne pas présenter d'accidents contagieux et, d'autre part, il est incontestable que la syphilis n'est pas fatalement transmise par des rapports sexuels entre personnes dont l'une présente des accidents contagieux et dont l'autre a toujours été indemne de syphilis.

On voit par ces quelques exemples tirés de la pratique médico-légale combien est délicate l'expertise en matière de syphilis et d'attentat aux mœurs, quels écueils guettent le médecin malgré les progrès réalisés dans le diagnostic de la syphilis par la mise en

œuvre des méthodes de laboratoire, aussi doit-on toujours avoir présents à l'esprit les conseils de Thoinot : « Sachez attendre, sachez ne pas vous hâter et ne vous prononcer jamais sur un seul examen... sachez douter et, si vous n'avez acquis aucune conviction, dites-le franchement. Si une lueur de doute persiste dans votre esprit, faites-vous couvrir par plus autorisé que vous, en demandant l'adjonction d'un co-expert ayant autorité en ces matières; à défaut de cette adjonction, qui est quelquefois matériellement impossible, concluez de la façon la plus réservée, exagérant encore, et très largement, les quelques doutes qui persistent dans votre esprit. Vous n'aurez jamais à vous repentir d'une pareille conduite et vous pourriez vous repentir amèrement du contraire. »

CHAPITRE IV

La Syphilis et la loi sur les accidents du travail

Il y a longtemps que les médecins, sous l'influence de Verneuil et de ses élèves, ont étudié les relations qui existent ou semblent exister entre la syphilis et les traumatismes. Mais alors qu'autrefois cette question ne présentait qu'un intérêt scientifique, celui-ci est de beaucoup primé, actuellement, par l'intérêt médico-légal que lui donne l'application de la loi sur les accidents du travail.

En effet, cette question de la syphilis traumatique a une grosse importance pratique puisque le dommage causé à l'ouvrier victime d'un accident, dommage qui peut être constitué par la mort ou simplement une réduction de sa capacité professionnelle, comprend :

1° Les conséquences de l'état antérieur.

Cette question, qui suscita tant de polémiques dans le monde médical, tant de procès devant les tribu-

naux, est maintenant presque toujours tranchée dans un sens favorable à l'ouvrier. Il existe néanmoins certaines Cours et certains Tribunaux qui, en raison de « certains excès », ne suivent pas cette jurisprudence et, pour éviter la Cassation, motivent alors leurs décisions « en fait ». Mais dans l'ensemble, pour que la mort ou l'incapacité donnent lieu à réparation, il suffit qu'elles soient causées par l'accident, mais on n'exige pas que celui-ci en soit la cause unique.

Ainsi, lorsque la victime d'un accident subit une incapacité de travail plus longue, parce qu'à l'effet de l'accident s'est jointe l'influence d'une syphilis antérieure, la réparation prévue par la loi est due, l'accident en étant la cause efficiente. Il n'est donc pas permis, en matière d'accident du travail, contrairement au droit commun, de faire entre la maladie antérieure et l'accident une sorte de « ventilation » qui mettrait à la charge des deux facteurs qui ont causé l'accident une partie de la réparation : l'accident est réputé seul responsable de tout le mal. Si, au point de vue médical, cette manière de voir est discutable, il faut bien avouer, comme le dit Balthazard, que pratiquement elle est fort sage. « Quel est le médecin qui assumerait la responsabilité de fixer dans une paralysie générale traumatique le quantum étiologique de la syphilis et celui du traumatisme? Ce serait la source intarissable de procès et la solution de la Cour de Cassation est celle qui réduit au minimum les contestations entre les parties et aussi l'arbitraire des experts et des juges. »

⁂

Bien plus, que l'état antérieur soit même — comme nous en verrons des exemples — cause de l'accident, il n'en reste pas moins que c'est cet accident qui supportera l'ensemble du dommage consécutif. La garantie légale s'applique, en effet, lorsque les conditions du travail auront aggravé les risques et lorsque c'est la profession qui a rendu grave un épisode de la maladie dont les conséquences auraient été normalement inoffensives.

Ceci ressort nettement de la jurisprudence récente établie par la Cour de Cassation. Alors qu'au début de l'application de la loi, on estimait indispensable qu'il y ait eu un « accident », c'est-à-dire qu'il soit survenu au cours du travail, un événement anormal résultant de l'action soudaine et violente d'une cause externe physique. Actuellement « toute lésion dont le travail, même normal, a été la cause ou l'occasion, doit être considérée comme résultant d'un accident au sens de la loi du 9 avril 1898 ». (Cass. Ch. civile, 29 juillet 1931.) En sorte que M. Duvoir peut remarquer « que, pratiquement, on peut considérer que l'accident, c'est la lésion et non plus sa cause ».

Mais, quand il s'agit de déterminer l'incapacité de travail, il ne faut considérer que les conséquences communes au trauma et à l'état antérieur, que les conséquences directes et immédiates résultant de l'accident sans tenir le moindre compte de la maladie causale, la syphilis.

2° Les aggravations postérieures à l'accident.

Il suffit que le mal soit la conséquence d'un accident du travail pour être l'objet de la réparation forfaitaire. Par suite toute aggravation du mal qui a sa cause dans l'accident fera partie du dommage à réparer. Les complications post-traumatiques conséquences de la blessure sont donc des suites dommageables de l'accident.

Mais il est clair que, si le mal s'était compliqué par une cause totalement étrangère à l'accident, on ne pourrait dire que le mal a été causé par l'accident. Les aggravations dues au fait de la victime, à son mauvais vouloir ne peuvent être considérées comme étant les conséquences de l'accident et seraient de nature à autoriser le juge à n'attribuer d'autre indemnité que celle afférente à l'incapacité et à laisser à la charge de l'ouvrier les conséquences de son propre fait. C'est ainsi que l'incurie de la victime, son imprudence ou sa négligence coupable, son refus persistant et non motivé de suivre le traitement approprié sont des causes suffisantes pour que le juge exempte le patron des aggravations qui en sont la conséquence. Ceci nous amène à dire un mot de l'inobservation des prescriptions médicales.

Si le patron est tenu d'assurer à son ouvrier blessé tous les soins nécessaires, le blessé a de son côté le devoir de faire tout ce qui dépend de lui, pour assurer le succès du traitement médical. S'il refuse sans

motifs plausibles de suivre la médication ordonnée, les aggravations ou complications imputables à sa résistance injustifiée ne sont plus les conséquences de l'accident et ne peuvent, dès lors, être admises au bénéfice de la loi. Mais quand la résistance de l'ouvrier sera-t-elle ou non justifiée?

En principe, l'ouvrier a le droit de refuser tous les traitements susceptibles de mettre sa vie en danger (par exemple, à notre avis, un traitement par le novarsénobenzol). Mais le blessé ayant le droit de choisir son médecin, si celui-ci est en désaccord avec ses confrères, médecins de l'entreprise ou expert, on ne saurait faire grief à l'ouvrier de suivre les conseils de celui en qui il a placé sa confiance. (Sachet.)

Quelle doit être la conduite de l'expert lorsque le blessé refuse de suivre un traitement justifié? M. Duvoir conseille à l'expert de déposer un rapport fixant la date de consolidation de la blessure, à la date du refus de traitement en basant cette proposition sur le fait que l'état est chronique et définitif en présence du refus de la seule thérapeutique susceptible d'améliorer le blessé. C'est au juge de déterminer si certaines circonstances lui permettent d'abaisser juridiquement le taux réel de l'incapacité en décidant s'il y a, dans ce refus de traitement, la faute lourde prévue par la loi comme susceptible de réduire le taux de l'incapacité, si elle incombe à la victime.

En outre, une question peut se poser, pour la syphilis, c'est celle de la négligence ou de l'abandon

du traitement durant la période qui s'écoule entre la consolidation et la fin du délai de revision.

Le juge serait en droit d'exiger, au moment de l'accord définitif, à la fin du délai de revision, que le patient fournisse la preuve qu'il s'est fait traiter régulièrement. Et s'il est établi que, malgré les conseils donnés, l'accidenté ne s'est pas ou s'est irrégulièrement traité, il faut rechercher sans faiblesse la part qui revient à la négligence dans l'évaluation de l'aggravation dont il serait la victime et en partie la cause.

***

Ce court exposé juridique nous semble indispensable, comme le dit très justement M. Duvoir, « l'aide que le médecin est susceptible d'apporter au juge est, sur bien des points, proportionnelle à la connaissance qu'il a de la jurisprudence, connaissance qui lui permettra d'insister sur tel ordre de faits qu'il aurait eu tendance comme médecin à laisser au second plan ».

Or certains médecins experts, pour la plupart à formation exclusivement médicale, outre qu'ils paraissent ignorer certains principes essentiels de la législation ne sont pas au fait de certaines interprétations juridiques courantes. Leurs conclusions s'en ressentent et ils sont susceptibles de provoquer des décisions dont ils ne comprennent pas les motifs et qu'ils n'avaient pas voulues. En voici un exemple : la valeur juridique de certains mots diffère de leur signi-

fication médicale. C'est ainsi que le verbe « révéler » employé pour exprimer l'idée que l'accident a seulement attiré l'attention du sujet sur une lésion qui préexistait, bien qu'il l'ignorât, est interprété souvent juridiquement, comme impliquant l'idée que le traumatisme a eu une action réelle sur l'évolution de la lésion préexistante, ce qui a comme résultat de donner droit à l'indemnisation. Ainsi un jugement de la Cour de Cassation (Ch. civile, 16 avril 1931) admet au bénéfice de la loi sur les accidents du travail une arthrite tuberculeuse du cou-de-pied en s'appuyant sur le fait que, d'après les conclusions même des experts, « l'arthrite du cou-de-pied a été « révélée » par l'accident, ce qui implique que celui-ci, dont la matérialité n'est pas contestée, a eu une répercussion sur l'évolution de la maladie ».

Si cette conclusion nous choque médicalement, elle est pourtant parfaitement logique. La décision de la Cour de Cassation repose sur le rapport d'expertise et si celui-ci n'a pas été suivi, c'est uniquement « parce que l'expert n'a pas exposé sa pensée avec la précision voulue et en faisant usage de termes qui ne puissent prêter à discussion ». (Duvoir.)

D'où la nécessité d'une formation juridique suffisante de l'expert qui, s'il doit être assez au courant de la législation pour ne pas méconnaître l'étendue des droits du blessé et ne pas le léser, ne doit pas, par contre, lui faire allouer à tort, par des conclusions maladroites, une indemnité à laquelle il n'a pas droit.

L'expertise.

A la suite d'un accident du travail, on peut donc être appelé à décider si la syphilis joue un rôle dans les phénomènes observés, dans les conséquences immédiates ou éloignées de l'accident.

Qu'il s'agisse de lésions des os, des muscles, des viscères, du système nerveux, la question peut se poser de savoir si la lésion observée est uniquement due au traumatisme, uniquement due à la syphilis, ou résulte à la fois du traumatisme et de la syphilis.

C'est pourquoi il est, aujourd'hui, nécessaire de rechercher avec rigueur et de fixer d'une façon précise le rôle du traumatisme dans la production de lésions syphilitiques des différents tissus et des différents organes. Aussi, dans ces dernières années, les travaux se sont multipliés dans les différents pays. En France ce sont ceux de Gougerot, Barthélemy, de Milian qui inspire la thèse d'Eliet, la thèse de Mme July, élève de Clément Simon... A l'étranger, signalons en Belgique les très importants articles de R. Bernard; en Angleterre, les travaux de Mr. d'Arcy Power; en Amérique, ceux de Klauder, et enfin, en Allemagne, les observations de Michaël.

Malheureusement il nous faut reconnaître dès maintenant que la recherche des relations qui peuvent exister entre un traumatisme et une syphilis n'est pas toujours aisée d'autant plus qu' « il n'est pas de chapitres de la pathologie qui soient entourés de plus d'obscurité que ceux qui ont trait à l'étiologie et à la

pathogénie, et l'ignorance où nous sommes de la plupart des causes s'affirme avec une netteté particulière en matière de maladie chronique. C'est un des privilèges de la médecine légale de nous contraindre en maintes circonstances à confesser et à pallier, dans une certaine mesure, cette ignorance, car, science de pratique pure et qui ne saurait s'accommoder d'hypothèses ou de théories plus ou moins ingénieuses, elle pose de façon particulièrement pressante certains problèmes que le médecin pourrait être tenté d'éluder ou de résoudre avec une méthode insuffisamment rigoureuse » (Ribierre).

Très délicat est le rôle de l'expert appelé à démontrer : qu'un traumatisme est, ou non, responsable de lésions syphilitiques constatées ultérieurement, que sans l'accident l'ouvrier n'aurait pas subi de diminution de sa valeur professionnelle. D'autant plus délicat qu'il lui faut juger sans avoir vu le début de la maladie et suivi son évolution autrement que par les renseignements souvent incomplets, parfois erronés, figurant au dossier. C'est dire que la rigueur scientifique dans de telles expertises est inutile et même impossible, aussi faut-il se contenter « le plus souvent d'établir la plus grande vraisemblance de la relation de cause à effet par un ensemble de présomptions graves, précises et concordantes » (Balthazard).

Dans un nombre considérable de cas le rôle du traumatisme ne peut être scientifiquement établi et reste douteux. Ceci ne veut pas dire qu'on doive le

nier dans ces circonstances et, qu'en présence d'un tabès par exemple, on doive refuser à l'accidenté le bénéfice de la loi sous prétexte que le rapport de causalité entre l'accident et la maladie ne peut être prouvé d'une façon absolue? Evidemment non.

De ce que, dans l'état actuel de nos connaissances, le doute persiste sur le rôle du traumatisme dans le développement d'une affection, il ne s'ensuit pas que l'on doive le nier et débouter systématiquement l'accidenté. Nous ne sommes pas ici sur le terrain théorique, nous sommes au contraire sur un terrain essentiellement pratique et, malgré l'absence de certitude scientifique, il faut prendre position.

De plus, il est un fait qui ne facilitera pas la tâche de l'expert, ce sont les conditions de l'examen en médecine légale, elles sont en effet très différentes de ce qu'elles sont en clinique. Le clinicien, d'une part, n'a pas besoin, pour agir, de toutes les précisions nécessaires à l'expert; d'autre part, il dispose d'un temps d'observation plus long et surtout de prérogatives envers le malade que le médecin légiste est loin de posséder; enfin, ses interventions (prise de sang, ponction lombaire), pratiquées dans un but thérapeutique, n'entraînent pas la même responsabilité que si elles sont faites dans un simple but d'expertise.

En conséquence, s'il lui est toujours loisible de pratiquer l'examen clinique du sujet, l'expert ne pourra pas, dans certains cas, recourir à tous les exa-

mens de laboratoire désirables, n'ayant pas le droit de pratiquer aucune exploration susceptible de porter atteinte à l'intégrité corporelle du sujet, et capable d'entraîner un dommage quelconque, si minime et si improbable soit-il.

En partant de ce principe les seules interventions qui seront permises à l'expert seraient les interventions très superficielles, telles le grattage d'une lésion ulcéreuse en vue d'un examen bactériologique et à la condition, bien entendu, que l'intervention ne soit pas douloureuse et que le sujet s'y prête de son plein gré.

Mais, dès qu'il y a à faire courir au sujet un risque de souffrance, d'invalidité, de complication inflammatoire, l'expert doit s'abstenir de cette intervention.

Si le sujet se décide à subir cette intervention, ou si, encore, connaissant la valeur du procédé de diagnostic, il propose à l'expert de s'y soumettre, celui-ci devra inviter le sujet à faire pratiquer l'intervention (prise de sang ou ponction lombaire) par son médecin traitant. L'expert assistera, bien entendu, à la récolte du matériel de recherches et procédera lui-même ou fera procéder aux recherches nécessaires.

L'expert en sera donc réduit bien souvent aux seuls résultats fournis par l'examen clinique et sur lesquels nous n'insisterons pas. Si le fait est regrettable, il ne faut pas oublier que les examens de laboratoire, s'ils ont marqué un gros progrès dans le diagnostic de la syphilis, parce qu'ils permettent parfois d'affirmer plus catégoriquement, que la seule observation cli-

nique, que telle lésion est syphilitique, que tel sujet est syphilitique, laissent dans le doute nombre de questions parmi les plus importantes posées à l'expert. En particulier, ils ne permettent pas d'affirmer que telle autre lésion n'est pas syphilitique, ni que tel autre sujet est indemne de syphilis et ils ne permettent pas non plus de reconnaître si tel sujet, syphilitique au moment de l'expertise, — l'était ou ne l'était pas à telle époque antérieure, — l'est devenu par le fait qu'il incrimine.

Ceci ne veut pas dire que l'expert doive négliger, lorsqu'il peut l'obtenir, l'appoint fourni par le laboratoire, mais ce n'est qu'un des éléments du diagnostic de la syphilis, qui demande à être interprété à l'aide des résultats fournis par l'examen clinique. Celui-ci conserve une valeur prépondérante et forme la base sur laquelle doit nécessairement s'appuyer les conclusions de toute expertise.

Ces quelques remarques étant faites, nous allons envisager rapidement quelles sont les probabilités qu'un expert devra rechercher pour affirmer l'influence du traumatisme sur l'apparition de lésions syphilitiques :

1° L'accident devra être rigoureusement établi. Cette question échappe le plus souvent à l'expertise médicale proprement dite. Cependant l'expert peut être appelé à donner son avis, ou plutôt à demander avant de remettre ses conclusions que la réalité de l'accident soit établie;

2° L'accident doit avoir eu une intensité suffisante pour pouvoir déterminer la lésion qui lui est imputée. Cela est évidemment bien empirique, la littérature médicale nous offre tous les degrés d'importance, mais il est difficile d'admettre par exemple qu'une plaie superficielle, une contusion légère soit responsable du développement d'une gomme;

3° La localisation du traumatisme a une grosse importance. Bien qu'il ait été décrit des cas de syphilis traumatique à distance, il est évident que la plupart du temps la lésion apparaît à l'endroit même, ou dans la région correspondant au point traumatisé. Toutefois cette notion de localisation, si elle tend à confirmer, dans la majorité des cas, la relation de causalité, ne peut cependant l'infirmer toujours si elle fait défaut;

4° Le traumatisme doit avoir précédé la lésion d'une période de temps qui ne soit ni trop longue ni trop courte.

Ni trop longue, pour que la partie adverse ne puisse soutenir, avec des chances de succès, que le traumatisme n'est pas intervenu comme élément causal.

Ni trop courte, pour qu'on ne puisse objecter que le symptôme incriminé existait à l'état latent ou même était en voie de formation antérieurement au traumatisme. Ceci est uniquement une question de date, difficile à vérifier en raison du laconisme et de l'imprécision des certificats produits.

Il est impossible de fixer des délais précis chaque

cas devant être considéré en lui-même. D'ailleurs, le bon sens suffit à éliminer les faits extrêmes : accidents survenant trop rapidement ou trop tardivement après le traumatisme, mais, en dehors de ces cas, il est difficile de formuler des conclusions précises.

En conduisant ses recherches d'après ces quelques données, l'expert arrivera parfois à formuler des conclusions fermes. Mais, le plus souvent, faute de renseignements suffisants sur la marche des lésions et leur chronologie, il restera dans le doute. Il fera alors connaître au juge ses hésitations, et si celui-ci réclame une solution plus précise, il appréciera le fait en se basant sur les possibilités rationnelles, l'incertitude devant toujours, pour rester dans l'esprit de la loi et dans celui de la jurisprudence, profiter à la victime de l'accident.

***

Nous allons étudier successivement :

1° La syphilis acquise au cours ou à l'occasion du travail;

2° Les phénomènes qui peuvent survenir chez un individu en puissance de syphilis — ou chez un individu sain, qui se contamine par la suite — lorsqu'il subit un traumatisme, en passant en revue : la peau, les muscles, les os et les articulations, les viscères et le système nerveux.

Syphilis inoculée au cours ou à l'occasion du travail

Avant la loi sur les accidents du travail, la syphilis était indemnisée par la simple application des articles 1382 et 1383 du Code Civil qui suffisait à faire attribuer aux victimes des indemnités équitables, basées sur les troubles causés à la santé de l'ouvrier, sur l'obstacle apporté à l'exercice de sa profession, sur les frais nécessités par le traitement, enfin sur le préjudice moral causé à l'ouvrier et sur la contamination dont il pouvait avoir été l'origine dans sa famille. Ces éléments d'appréciation ont permis aux juges de réparer réellement le dommage éprouvé par l'ouvrier, cela en vertu du pouvoir qui leur est reconnu, toutes les fois que ces articles sont applicables, d'apprécier les divers éléments du dommage à toute époque de la maladie et alors même que des complications apparaissent très tardivement.

La loi de 1898 si elle assure à la victime, en tout cas la réparation du dommage causé à sa capacité ouvrière, nous place par contre sur le terrain du droit forfaitaire et met le fardeau à la charge des deux facteurs de la production : le capital et le travail. Elle sera, surtout en cette matière (ou elle ne tient pas compte du préjudice moral subi), beaucoup moins avantageuse pour l'ouvrier.

Lors de la mise en vigueur de la loi, on a pu se demander si elle était applicable à la syphilis, si la

contamination syphilitique pouvait être considérée comme le résultat d'un accident du travail.

En effet, les cas où la contamination et le traumatisme, créant la porte d'entrée, sont concomittants et professionnels, sont très rares.

Plus habituellement la contamination seule est professionnelle et se fait sur une lésion antérieure. On pouvait donc objecter que : 1° le moment de la contamination échappe à l'observation, tant de l'ouvrier que de son patron; 2° la déclaration d'accident, qui sert normalement de base à l'instance ne pouvait être faite, parce que le traumatisme qui sert de porte d'entrée à la syphilis est presque toujours minime, non remarqué; 3° la première manifestation de la syphilis, le chancre, se développe bien au lieu même de l'inoculation et au siège du trauma qui l'a permise, mais apparaît à une période tardive où les délais de déclaration de l'accident sont depuis longtemps dépassés; 4° cette inoculation s'est faite dans des conditions qui échappent à toute observation directe, à tout témoignage pouvant être produit à l'enquête du juge de paix.

En un mot, logiquement, la contamination syphilitique ne revêt pas le caractère de soudaineté et de prise sur le fait que semble comporter le terme d' « accident du travail ».

Tous ces arguments paraissaient si évidents qu'après la promulgation de la loi un ouvrier verrier, contaminé, assigna son patron devant le Tribunal civil de Marseille, comme responsable de son état, en

basant son action sur l'article 1382 du Code Civil, il fut débouté (4 mai 1901 — *Rec. spéc. des A.T.*, fév. 1903, p. 386), et dut reprendre son instance suivant la procédure des accidents de travail.

Depuis, des décisions analogues ont été rendues, le Tribunal de Montbrison, par jugement du 21 février 1903 (Rec. spécial des A.T., nov. 1903, p. 78), a débouté un ouvrier, rejetant sa demande comme mal fondée et assimilant la syphilis à l'accident par les motifs que voici :

« Attendu que le législateur n'a pas défini ce qu'il faut entendre par accident, que si bien il a paru vouloir exclure du risque professionnel « les maladies » qui, en raison des conditions dans lesquelles s'exécute le travail, sont la conséquence lente, certaine et presque fatale de la pratique normale de la profession, il a laissé au juge le soin d'apprécier si telle autre maladie qui se manifeste au cours du travail « est ou n'est pas un accident de travail »,

« Que le juge doit y voir ou n'y voir pas un accident du travail, s'il y a eu, s'il n'y a pas une relation directe de cause à effet entre le travail et la manifestation de l'affection dont l'ouvrier est atteint; qu'en l'espèce, la syphilis, bien que les ouvriers verriers soient particulièrement exposés à la contagion de ce mal, ne peut cependant être considérée comme la conséquence en quelque sorte fatale de l'exercice de la profession du verrier, qu'on ne doit donc pas la considérer comme exclue par la volonté du législateur du risque professionnel,

« Qu'elle est plutôt le résultat d'une atteinte, non pas violente mais insidieuse et néanmoins soudaine au corps humain provenant de l'action extérieure du virus syphilitique,

« Que s'il est établi que c'est l'instrument du travail qui a été, pour l'ouvrier, l'agent de propagation de ce virus, il faudra nécessairement voir entre le travail et la manifestation de la maladie une relation directe et immédiate de cause à effet donnant lieu à l'application de la loi du 9 avril 1898. »

La Cour d'Appel de Lyon a confirmé ce jugement par un arrêt du 5 août 1903 (*Gaz. des Trib.*, 25 décembre 1903) :

« Attendu qu'il est facile d'assigner à la syphilis, dont serait atteint G..., une origine et une date déterminées; que, consécutive à l'exercice de sa profession elle serait bien encore le résultat d'un véritable accident survenu au cours du travail, à l'occasion du travail; qu'on ne peut, dans les conditions où elle serait survenue, considérer cette syphilis comme une des maladies professionnelles exclues du bénéfice de la loi du 9 avril 1898. »

Ainsi, l'inoculation de la syphilis au cours du travail, constitue un accident de travail chaque fois que l'enquête et l'expertise médicale permettent de déterminer à la fois que la syphilis a été contractée au cours et à l'occasion du travail.

Mais il ne peut, de toute évidence, en être de même lorsque la victime ne fournit pas la preuve que la

contamination s'est faite au cours et à l'occasion du travail. La Cour de Cassation, dans un arrêt du 24 février 1915 (*Rec. spéc.*, janv.-fév. 1916, p. 8), a établi définitivement cette jurisprudence en déboutant un verrier qui ne fournissait pas la preuve de la relation entre l'accident et le travail : l'ouvrier qui était soupçonné d'avoir communiqué la syphilis en ayant été reconnu indemne.

Syphilis professionnelle.

L'exercice de certaines professions expose diverses catégories d'individus à contracter la syphilis, qui peut être considérée en pareil cas comme un accident du travail.

1° C'est parmi le personnel sanitaire qu'on en a signalé le plus d'exemples :

Médecins. — La contamination se fait par l'examen de lésions syphilitiques contagieuses primaires, et surtout secondaires, rarement tertiaires. Les touchers vaginaux ou rectaux pratiqués à main nue, les accouchements, les manœuvres obstétricales et les petites interventions chirurgicales sont les causes les plus souvent invoquées. Généralement la lésion siège aux mains et surtout aux doigts (index et médius, principalement), la contagion se fait à la faveur de la moindre petite érosion par une petite plaie insignifiante, et à ce sujet il faut reconnaître un rôle très grand à ces petites lésions siégeant au pourtour des ongles et désignées sous le nom d'envies. Plus rarement les lésions siègent à la figure, notamment dans

le cas où le malade tousse au cours de l'examen de sa gorge tapissée de plaques muqueuses (chancre des laryngologistes); en ce qui concerne la figure, on a discuté la possibilité de la contagion par la main souillée portée au nez, à l'œil...

Il est à remarquer que ce ne sont pas les syphiligraphes les plus exposés, mais au contraire les médecins de médecine générale, surtout ceux exerçant loin des grands centres où la syphilis se fait plus rare. Ces praticiens négligent trop souvent les précautions les plus élémentaires qui, pourtant, se réduisent à peu de chose : vérifier l'état de ses mains, se méfier des petites érosions et surtout lorsqu'il s'agit d'examiner des lésions suspectes, de pratiquer un accouchement, un toucher vaginal ou rectal, ne jamais oublier de revêtir des gants (quand ce ne serait que par simple souci de propreté personnelle).

Sages-femmes : contaminées par la pratique de l'accouchement, de la délivrance, l'examen du placenta, les soins au nouveau-né, et aussi l'insufflation pratiquée de bouche à bouche chez les nouveau-nés hérédo-syphilitiques en état de mort apparente (Jeanselme).

Dentistes : par blessure par instruments ou morsure.

Infirmiers : le nettoyage des instruments, le pansement des plaies, le transport des linges souillés, créent au personnel hospitalier de nombreuses occasions de contamination.

Garçons d'amphithéâtre : contaminés lors d'autopsie de cadavres, de fœtus ou d'enfants hérédo-syphilitiques, parfois même d'adultes. Contrairement à ce que l'on croyait autrefois, les recherches modernes ont montré que l'on peut trouver des tréponèmes vivants sur le cadavre un ou deux jours, plus rarement jusqu'à quatre jours après la mort lorsque le corps a été conservé à la glacière. Il y a donc lieu de s'élever contre la notion couramment admise de la non-contagiosité du cadavre et Hoffmann, en 1929, avait pu réunir vingt-deux cas authentiques d'inoculation par autopsie. Jusqu'alors, aucune observation de ce genre n'a été publiée en France.

2° Chez les *nourrices*[1] qui allaitent des enfants hérédo-syphilitiques les lésions siègent aux seins, notamment à la région aréolaire. Mais on a signalé aussi chez des nourrices et des bonnes d'enfant des localisations buccales, linguales par suite de baisers donnés à l'enfant et aussi de la déplorable habitude qu'ont certaines d'entre elles de porter à leur propre bouche soit la tétine (pour amorcer le biberon), soit la cuillère pleine d'aliments avant de la donner à manger à l'enfant.

On a décrit également des localisations à la paupière (Morax), au nez : chez une nourrice qui se faisait sucer cet appendice par son nourrisson (Spencer

(1) Voir Syphilis en droit commun.

Watson), à l'avant-bras : par le port d'un enfant ayant des lésions syphilitiques de la région anale (Brouardel).

3° *Souffleurs de verre.* — Le chancre siège naturellement à la muqueuse buccale qui, très souvent chez ces ouvriers, se trouve dans un état inflammatoire chronique avec excoriations et rhagades.

Mais la canne n'était pas uniquement le facteur de transmission de la syphilis, il faut incriminer aussi la bouteille servant à toute l'équipe pour se désaltérer. L'introduction des méthodes de soufflage mécanique a maintenant presque supprimé le danger.

4° Parmi les autres exemples de syphilis professionnelle, signalons celle des tapissiers, des cordonniers (Thibierge), qui ont la mauvaise habitude de mettre dans leur bouche des clous qu'ils se passent de l'un à l'autre; celle des musiciens dont les embouchures d'instruments à vent, les anches, sont souvent échangées; des électriciens qui, pour apprécier le passage du courant se passent les fils sur la langue; celle des orfèvres par l'intermédiaire du chalumeau (risque actuellement très rare) du téléphoniste (Gougerot).

Enfin, d'autres cas de syphilis contractée au cours du travail, ont été observés chez des caissiers, des blanchisseuses, des femmes de chambre, des cuisinières, des trieurs de chiffons...

Cette liste peut paraître à première vue assez importante; en réalité, la syphilis d'origine professionnelle est de toutes la plus rare, malgré que cette étiologie accidentelle soit souvent invoquée par les malades.

Si autrefois certaines professions, celle des souffleurs de verre par exemple, payaient un assez large tribut à la syphilis, actuellement il n'y a plus guère que la profession médicale qui soit dangereuse.

En effet, les conditions extrêmement spéciales, indispensables à la réalisation d'une syphilis accidentelle, ne se rencontrent pour ainsi dire jamais en pratique et presque toujours la syphilis extra-génitale est d'origine vénérienne. C'est pourquoi il faut accepter avec la plus grande défiance les dires du malade, et il est même permis d'affirmer que dans la presque totalité des cas où la syphilis est acceptée comme accident du travail c'est, la plupart du temps, par un véritable abus dû à l'insuffisance de l'enquête. Il existe des exemples où celle-ci, bien menée, a pu prouver que la contamination avait une tout autre origine :

« Un hussard tombe de cheval et se blesse au front : sur la plaie se développe un chancre syphilitique. L'enquête démontra qu'une amie plus dévouée que pure avait contaminé la blessure par ses baisers » (Lenzmann).

« Une jeune fille, « au-dessus de tout soupçon », se coupe le petit doigt avec une corde de mandoline. Quelque temps après on constate, au niveau de la

plaie, un chancre typique. Gros émoi parmi la famille, cette jeune personne avait tout simplement commis l'imprudence de laisser sa main s'égarer sur les organes génitaux d'un jeune homme qui lui faisait la cour et était en pleine syphilis secondaire » (Queyrat).

« Il s'agissait, dans le cas de Stolper, d'une plaie du doigt suivie d'un chancre syphilitique. On reconnut facilement que l'accidenté s'était contaminé, dans une maison clandestine, par des manœuvres sur une femme contagieuse. »

⁂

Il faut donc être très prudent pour accepter les dires des patients, d'autant plus que les individus qui se plaignent d'avoir été victimes d'une inoculation au cours de leur travail invoquent, en général, non un mode de transmission directe, mais un mode de transmission indirecte par l'intermédiaire d'un objet souillé de virus syphilitique.

Aussi la majorité des cas sont-ils invraisemblables en raison de la grande sensibilité du tréponème vis-à-vis de toutes les altérations que peut subir le milieu ambiant.

En voici un aperçu :

1° *Action de la chaleur et du froid.*

Le tréponème est facilement détruit en

30 minutes	par une	température de	45°
3 jours	—	—	10°
24 heures	—	—	0°

2° *Action des agents chimiques.*

Tous les toxiques, tous les antiseptiques usuels, tous les réducteurs tuent rapidement le tréponème à faible dilution.

Le savon en solution concentrée le tue en cinq minutes, la glycérine en cinq à dix minutes, l'eau distillée, l'eau courante souvent en quelques minutes.

3° *Action de la dessiccation.*

La simple dessiccation des sécrétions et produits syphilitiques suffit pour les rendre impropres à l'inoculation (Neisser, Salmon). Sur une éponge humide le tréponème s'est montré virulent une heure et demie encore après que l'éponge avait été souillée, même après deux heures on y retrouve des parasites vivants.

Sur une éponge sèche, ils perdent toute mobilité en moins de trente minutes.

Sur mouchoirs humides, Zinsser et Hopkins trouvent des tréponèmes vivants pendant onze heures trente.

Enfin, Buschke et Joseph ont mis de la sérosité de chancre sur un bâton de rouge à lèvres, qu'ils ont laissé à la température de la pièce. Après vingt-quatre heures en humectant le bâton avec du sérum physiologique, ils ont retrouvé des tréponèmes mobiles à l'ultra-microscope.

Ces expériences, sur le manque de résistance du tréponème aux agents physiques et chimiques, expli-

quent la rareté des cas authentiques de contagion immédiate par les objets souillés, mais n'en démontrent pas moins que si, exceptionnellement, certaines conditions se trouvent réalisées, ils sont possibles.

Expertise.

L'examen du dossier montre déjà que le diagnostic de la nature syphilitique des lésions a été difficile à poser. Les accidents présentés par le malade, rebelles aux traitements habituels, ont été qualifiés d'inexplicables, et comme dans la majorité des cas on n'a pas songé à recourir aux examens de laboratoire, le diagnostic n'a été fait que lors de l'apparition des accidents secondaires.

Plus grandes encore sont les difficultés qui attendent l'expert qui doit prouver dans son rapport la certitude de l'origine traumatique de la syphilis, ou l'écarter. Il devra :

1° Vérifier avec soin la coïncidence de place du chancre et de la blessure.

2° Préciser la durée de l'incubation.

Il existe dans la littérature un cas dans lequel une petite plaie du pouce due au choc produit par un coussinet de cuivre au cours du travail fut suivi, onze jours après, d'un chancre et admis au bénéfice de la loi parce que l'expert avait formellement déclaré : « Tout porte à penser que l'excoriation et la contamination ont eu lieu en même temps.

La période d'incubation était bien courte et nous estimons pour notre part que l'expert doit réclamer

une incubation plus prolongée. (Justice de paix du 8e arrrondissement, Lyon, 4 juillet 1902; *Rec. spéc. des accidents de travail*, n° 26, déc. 1902, p. 271.)

3° Etudier très attentivement l'agent vulnérant et les circonstances de l'accident pour déterminer si les conditions propres à une contamination ont pu se trouver réunies. Ces conditions sont les suivantes :

a) Existence d'une source de contagion, dans le milieu où l'ouvrier travaille et aussi dans le milieu familial (nous verrons pourquoi en étudiant la jurisprudence). Cette recherche permettra parfois de distinguer l'inoculation professionnelle de la contamination secondaire résultant d'une négligence du malade.

b) Preuve ou vraisemblance de la vivacité du tréponème que l'ouvrier a été susceptible de rencontrer dans le milieu professionnel, surtout si la contagion a été médiate.

c) Etat de réceptivité de la victime, c'est-à-dire existence d'une brèche cutanée.

En pratique, étant donné l'imprécision du certificat initial, il sera parfois difficile à l'expert de conclure à l'identité du siège de la blessure et du chancre (parfois même l'accident ayant été simulé, le chancre aura fait l'objet du certificat initial sous l'appellation du panaris ou de plaie superficielle...).

L'expertise ayant lieu souvent assez tardivement, certains des accidents auront disparu et il sera difficile sinon impossible de retrouver la source de la contagion, surtout si l'entourage du blessé est rebelle à l'examen.

Aussi, dans la majorité des cas, l'expert ne pourra conclure, d'une manière affirmative, à la relation existant entre le travail et la syphilis de l'ouvrier.

Indemnisation.

1° *Incapacité temporaire*

L'ouvrier, en vertu de la loi, a droit à une indemnisation avec salaire réduit et frais médicaux jusqu'à la date de consolidation.

Mais combien délicate est la détermination de cette échéance, d'autant plus qu'un syphilitique récent est physiquement capable, en général du moins, de poursuivre son travail. Il faut tenir compte du fait que, dans certaines professions, il peut être extrêmement dangereux de le maintenir en contact avec ses compagnons pendant la période de contagiosité. Mais quand un syphilitique cesse-t-il d'être contagieux?

En principe avec les moyens thérapeutiques dont nous disposons aujourd'hui, on peut dire que la période de contagiosité sera des plus réduites et correspondra au blanchiment complet des accidents primo-secondaires. Si l'on veut fixer un délai à cette période il y a les plus grandes probabilités pour que toute contagion soit éteinte quatre semaines après le début du traitement. Il va de soi qu'il faut exiger un traitement mené avec toute la rigueur voulue et, d'autre part, peut-être convient-il de faire certaines réserves pour le cas où l'on se trouverait devant un malade arseno ou pluri-résistant, ou devant un ma-

lade dont l'état général contre-indique l'emploi du traitement intensif.

Certains auteurs (Forgue et Jeaubrau) ont assigné comme délai ultime la fin des accidents secondaires. Nous ne partageons pas cette opinion, parce que si, d'une part, la fin des accidents peut reporter la date de consolidation à des périodes indéterminées, d'autre part des accidents tertiaires peuvent survenir aussi, de contagiosité très réduite il est vrai, mais n'excluant pas la possibilité de transmission.

Si donc on adoptait cette manière de voir, on aboutirait à une période d'incapacité indéterminée qui aurait de plus le grand désavantage d'avoir un effet moral déplorable sur l'ouvrier inactif et ne touchant que le demi-salaire prévu par la loi.

Quoi qu'il en soit et dans cet esprit il nous paraît intéressant d'indiquer ici quelques approximations quant à la durée de cicatrisation ou de guérison clinique des principaux accidents contagieux ou susceptibles de l'être. Evidemment, les chiffres qu'on va lire ne sont que des approximations, et s'il est bien certain que le tréponème disparaît des lésions bien avant la cicatrisation, il est impossible de fixer une date. D'autre part, stérilisation et cicatrisation sont fonctions des médicaments employés soit solément, soit simultanément — étant entendu que la simultanéité si efficace contre la maladie elle-même n'augmente guère la vitesse de cicatrisation par rapport au résultat obtenu par le plus actif de ces produits.

Voici quelle est, d'après Gougerot, l'action compa-

rée des divers médicaments anti-syphilitiques calculées en jours :

	Arsenic	*Bismuth*	*Mercure*
Chancre érosif	4 à 8	7 à 15	15 à 20
— papuleux ..	10 à 20	15 à 25	15 à 60
— ulcéreux ...	10 à 25	20 à 30	20 à 40
— phagédénique	20 à 60	20 à 60	30 à 120
Roséole	5 à 15	10 à 20	15 à 30
Plaques muqueuses érosives	1 à 5	4 à 6	10 à 25
Plaques ulcéreuses...	5 à 8	10 à 20	20 à 30
— muqueuses hypertrophiques	6 à 15	10 à 20	20 à 40
Papules	10 à 20	15 à 25	5 à 30
Syphilides secondaires ulcéreuses	10 à 20	20 à 40	30 à 60
Syphilides lichenoïdes	15 à 30	30 à 120	60 à 150
— gommeuses	15 à 60	15 à 80	60 à 80
— serpigineuses	10 à 15	10 à 30	30 à 60
Syphilides malignes précoces	10 à 30	20 à 40	inefficace habituellement

2° *Incapacité permanente et partielle*

A partir de la date de consolidation il y a lieu d'établir une indemnisation annuelle qui sera transformée en rente à l'expiration du délai de revision,

puisque nul ne peut dire, lorsqu'une syphilis débute, qu'on ne sera pas amené à devoir la soigner pendant tout le cours ou du moins une grande partie de l'existence. Au surplus, nous n'avons pas en matière de syphilis de critérium de guérison.

La rente est donc accordée en prévision, d'une part des complications qui peuvent survenir, d'autre part des soins que devra suivre le malade pendant plusieurs années. Or, cette rente est basée sur le taux de la diminution de la capacité professionnelle de la victime sur le marché du travail.

Cette diminution, dans le cas d'une syphilis à évolution normale, ne se traduit que par le temps que l'ouvrier peut être obligé de perdre pour suivre son traitement, et aussi les frais nécessités par ce traitement.

Supposons que la durée annuelle du traitement soit de huit mois environ, au rythme suivant deux mois de cure et un mois de repos et reprendre.

Il faudra que le malade aille chez le médecin en moyenne deux fois par semaine et la perte de temps peut se chiffrer par deux heures chaque fois, soit quatre heures par semaine, soit environ vingt heures par mois.

Au bout d'une année de traitement, cet ouvrier aura perdu : 20 h. × 8 mois = 160 heures.

La journée de travail étant de huit heures, ces 160 heures représentent vingt jours perdus en un an.

L'année industrielle étant calculée sur la base de

300 jours, les 20 jours perdus en représentent 1/15e, soit donc en pourcentage 7 %.

Les frais de traitements sont difficiles à évaluer d'autant plus que le malade peut, s'il le veut, aller se faire soigner gratuitement dans un hôpital, ou bien il peut bénéficier des Assurances sociales.

Au surplus, il faut remarquer que si le blessé se fait soigner correctement, le traitement ne durera qu'un certain temps, les traitements trop prolongés étant non seulement inutiles, s'il n'y a aucune indication clinique ou humorale, mais encore dangereux, car, à la longue, ils risquent de déterminer des lésions viscérales (Sézary).

Si le traitement a été commencé au début de l'affection et si tout s'est passé selon les règles, on peut cesser le traitement à la fin de la quatrième année. Il suffira, dès lors, de surveiller le malade tant cliniquement que biologiquement, d'une façon régulière.

C'est pourquoi en tenant compte de tous ces faits il nous semble raisonnable d'évaluer l'incapacité permanente à 15 % pendant les trois ans qui suivent la consolidation, ce taux serait abaissé à 10 % à la fin du délai de revision, s'il n'était survenu aucune complication.

Ce taux[1] peut paraître inutilement élevé si le malade n'a plus jamais aucun accident et ridiculement

(1) Les chiffres signalés par les différents auteurs (Forgue et Jeanbrau, Hubert, Oddo et Chavernac, Mayet, s'échelonnent entrent 15 et 30 0/0.

bas s'il fait plus tard une paralysie générale, et cela d'autant plus que celle-ci n'apparaîtra vraisemblablement pas avant les trois ans du délai de revision, date après laquelle il n'est plus de recours possible.

Ces considérations mettent bien en lumière le caractère forfaitaire de la législation en matière d'accident de travail, avec les aspects aléatoires qu'elle comporte par définition. On peut même dire que, sous la loi actuelle, l'ouvrier victime d'une contamination syphilitique reçoit une réparation pécuniaire moins équitable que celle résultant de l'application de l'article 1382 du Code civil, ce dernier texte laissant le juge libre d'apprécier les éléments (moraux et physiques), si complexes du dommage causé par l'accident.

***

Les juges, en cette matière, ont toujours suivi les conclusions des experts et attribué à la victime une incapacité permanente partielle, bien que sa capacité de travail ne soit pas diminuée du fait de la syphilis (tout au moins au début). Il serait fastidieux de citer tous les jugements, nous ne reproduirons que celui rendu par le Tribunal de Saint-Etienne, le 28 mai 1906, et confirmé par la Cour de Lyon, le 26 mars 1907 (*Rec. spéc. des A. T.*, août 1907, p. 170), qui a parfaitement exposé la question :

« ...Attendu que l'indemnité temporaire devra continuer à être servie jusqu'au jour de la disparition de tous symptômes morbides de nature à faire pré-

voir un danger de contagion qui permettra à l'ouvrier de reprendre son travail à la verrerie; que le principe de l'incapacité permanente partielle ne sera pas douteux, étant donné que la science ne permet pas actuellement d'affirmer la guérison de la syphilis à la suite de la disparition des accidents secondaires de la maladie; ...que le malade reste soumis à des traitements prolongés; ...qu'il est continuellement sous le coup de menaces qui, en altérant son moral, ont une répercussion sur son état physique...

« Attendu que si, pour tous ces motifs, le caractère de l'incapacité de travail est certaine, il est certain aussi que la gravité de cette incapacité variera suivant la gravité du mal, l'âge du malade, son état de santé antérieure... »

Mais dans certains cas, le juge ne pourrait-il pas considérer qu'il y a eu négligence de la part de l'ouvrier, par exemple dans un cas analogue à celui rapporté par Socquet :

« Un ouvrier cimentier avait reçu de la poussière de ciment dans l'œil droit. Un camarade lui enlève cette poussière en lui passant sa langue entre les paupières (ainsi que cela se faisait d'habitude, paraît-il).

« Trois semaines après, chancre de la paupière inférieure droite près de l'angle interne. »

Il ne nous semble pas qu'en l'état actuel de la jurisprudence, il soit tenu compte à l'ouvrier de son imprudence, dans l'évaluation de l'incapacité. D'autant plus que dans un cas semblable l' « accident »

est bien survenu au cours et à l'occasion du travail. Or, l'exercice de certains métiers rend parfois nécessaire l'emploi de moyens de fortune, généralement peu recommandables (comme celui qui consiste à enlever les corps étrangers de l'œil au moyen de papier à cigarette roulé et effilé à la salive). Moyens qui pourraient être remplacés par d'autres procédés si l'éducation des ouvriers était faite et si le patron pouvait toujours mettre à leur disposition une infirmerie.

De même, croyons-nous, serait considérée comme rentrant dans le cadre de la loi l'infection de la plaie par la personne qui a fait le pansement, si cette éventualité pouvait être prouvée.

Par contre, il semble difficile d'assimiler aux complications infectieuses des plaies, la syphilis d'origine vénérienne contractée à la faveur d'une plaie ou d'une piqûre. En voici deux observations :

« Un homme se blesse à la joue au cours de son travail. Le même soir, il a un rapport avec une fille publique, laquelle, quelques jours plus tard, entrait à l'hôpital pour des plaques muqueuses vulvaires. Quelques semaines après, cet homme se trouve affecté d'un chancre de la joue au niveau même de sa blessure. » (Fournier.)

« Un employé du métro est atteint d'un chancre du doigt après piqûre au cours de son travail. Il nie tout contact suspect depuis plusieurs mois. » (Bienfait.)

Si, dans la première affaire il aurait été possible

de plaider le « manque de soins » prévu par la loi et déchargeant l'employeur de tout ou partie de sa responsabilité, dans la seconde affaire régnait l'incertitude la plus grande.

Or, dans ces deux cas, il faut reconnaître que la plaie ou la petite blessure produites au cours du travail ont créé la voie à l'infection et constituent une prédisposition qui doit de ce fait engager la responsabilité de l'employeur. Aussi refuser l'indemnité ouvrirait la porte à des contestations interminables et surtout empêcherait le blessé de soigner convenablement sa syphilis.

C'est pourquoi il faut, dans ces cas où une blessure a été contaminée secondairement, payer le demi-salaire et les soins médicaux jusqu'à la disparition des accidents primitifs, mais décharger le patron de toutes les conséquences lointaines de l'accident.

Traumatisme
Syphilis et lésions cutanées

Nous étudierons successivement l'influence de la syphilis sur le traumatisme, et l'influence du traumatisme sur la syphilis.

Influence de la syphilis sur le traumatisme

Verneuil et ses élèves admettaient que les plaies, chez les syphilitiques, pouvaient se transformer en ulcérations syphilitiques, et ils insistaient sur la lenteur de la cicatrisation chez ces malades. Cette opi-

nion est parfois invoquée par les blessés ou leurs médecins pour justifier la prolongation anormale de la durée des plaies (Thibierge).

La guerre semblait devoir trancher la question, il n'en fut rien. Et, s'il y eut des chirurgiens qui publièrent des cas de plaies de guerre survenues chez des syphilitiques (connus ou ignorés) qui, en dépit de soins judicieux ne se cicatrisaient pas, ou même s'infectaient pour ne guérir (et alors très rapidement) qu'à la suite du traitement spécifique (cas de Toussaint, Marbaix et Lapointe, Gougerot et Clara, Bory) — s'il s'est trouvé des syphiligraphes autorisés pour admettre certains de ces cas comme démonstratifs, bien que les disant extrêmement rares — il s'est trouvé des voix non moins autorisées pour affirmer n'en avoir jamais rencontré d'exemples, c'est ainsi que Darier a pu déclarer, en 1921, à la Société de Dermatologie : « Je n'ai pas noté, pendant la guerre, une influence appréciable de la syphilis sur l'évolution des plaies. »

D'autre part, les auteurs chirurgicaux classiques font peu mention de ce retard de guérison des plaies, dans leurs ouvrages. La majorité ne traite pas la syphilis avant l'acte opératoire, d'autres respectent les idées de Verneuil et estiment que l'intervention sur le syphilitique présente toujours des dangers.

Les auteurs américains se sont beaucoup occupés de cette question depuis que Gibbon a émis l'opinion définitive que la syphilis est capable d'influencer défavorablement les résultats post-opératoires, si l'on

a pas pris soin de faire avant et après l'intervention un traitement convenable. Cependant, dans la règle, la syphilis joue peu de rôle dans les suites opératoires, comme le montre les recherches de Goeckermann. Cet auteur étudia 78 observations de syphilitiques opérés, dont 22 concernant des malades non traités; parmi ces derniers, 5 eurent des cicatrisations difficiles, mais deux d'entre eux présentaient des gommes incisées par erreur. Aussi, à côté d'opinions basées sur des milliers d'interventions chirurgicales, que peuvent bien les réserves faites par William, Meuninger et Topeka, venant dire que sur 22 syphilitiques à Wassermann positif, ils ont observé sept plaies opératoires traînantes malgré un traitement spécifique.

De même les cas où la syphilis se transformerait en lésions ulcéreuses (Torlais), ne semblent guère admissibles.

Aussi peut-on conclure avec Thibierge : « Lorsqu'une plaie tarde à se cicatriser chez un syphilitique, c'est parce qu'elle est mal pansée, ou plus ou moins inconsciemment entretenue. Hormis le cas où elle a gravement atteint l'état général du blessé et déterminé une cachexie plus ou moins accusée — ce qui est à l'heure actuelle tout à fait exceptionnel — et alors ce n'est plus à titre de maladie spécifique qu'elle agit, la syphilis n'entrave en rien la guérison des blessures. »

Néanmoins, en médecine légale, il faut savoir que dans des cas tout à fait exceptionnels et rares, on

peut observer un retard de la consolidation des plaies chez les syphilitiques.

Influence du traumatisme sur la syphilis

La majorité des observations d'accidents syphilitiques qui apparaissent à la suite d'un traumatisme ont trait à des lésions cutanées. Mais l'étude critique de ces observations montre que l'apparition de syphilides, à la suite d'un traumatisme, est beaucoup plus rare que ne l'avaient dit les élèves de Verneuil, et l'action du traumatisme, si elle est réelle, ne s'exerce toutefois que d'une façon tout à fait exceptionnelle.

Le seul fait que le nombre considérable des syphilitiques qui subissent des traumatismes ne provoque finalement que des observations que l'on compte prouve bien la rareté relative de cette relation.

Et lorsque Thibierge prétend n'avoir jamais rencontré d'exemple de lésions cutanées syphilitiques consécutives à des traumatismes uniques, comparables aux accidents du travail, et lorsqu'il vient dire que de nombreux syphiligraphes, médecins-experts et chirurgiens n'en ont jamais observé, on peut lui objecter que d'autres auteurs admettent certaines observations « où des traumatismes divers ont pu servir de point d'appel à des lésions syphilitiques variées comme âge et comme caractères » (Barthélemy).

Les lésions cutanées observées sont beaucoup plus fréquemment du type tertiaire que du type secon-

daire, elles peuvent d'autre part résulter soit de petits traumatismes répétés, soit d'un trauma unique et violent.

1° Les syphilis provoquées par de petits traumatismes répétés, doivent être connues du médecin-expert, mais n'offrent pas un gros intérêt médico-légal, car s'il en est de professionnelles, elles ne sont pas considérées comme accident du travail.

Parmi elles, nous citerons les cas de psoriasis palmaire syphilitique observés chez les cordonniers (Halbron et Marthélemy, J. May); les menuisiers, les rameurs et les manœuvres (Fouquet, R. Bernard).

Railliet a observé un boulanger qui, se raclant l'avant-bras avec son coupe-pâte, provoqua ainsi des syphilides tuberculo-croûteuses.

Crépin a raconté l'histoire d'un opérateur de télégraphe morse qui eut des syphilides papulo-squammeuses aux points ou appuyait le bouton de son manipulateur.

José May a rapporté trois observations d'ulcérations gommeuses de la face antérieure de la rotule et de la jambe chez des femmes qui avaient l'habitude de s'agenouiller pour laver les escaliers de leur maison. Lacapère et Laurent ont insisté sur la fréquence des gommes médio-frontales chez les Marocains, dues aux traumatismes répétés du front sur le tapis de la mosquée au cours des cinq prières rituelles de la journée.

Enfin Klauder a rapporté aussi l'observation d'un employé de chemin de fer, syphilitique ancien, qui,

dans son travail, heurtait chaque jour le bras contre la paroi des wagons. Au point contusionné apparut une ulcération qui guérit rapidement par le traitement arsenical.

2° Lorsque le traumatisme a été unique et violent, nous rentrons bien alors dans le cadre de la législation du travail, nous distinguerons les lésions survenant à la période secondaire et à la période tertiaire.

a) La *syphilis secondaire* n'en produit pas souvent, pourtant Tarnowsky, en 1877, avait dit avoir provoqué des syphilides secondaires par irritation ou cautérisation des téguments. Ces expériences n'ont pu être reproduites. Cependant, Milian et Perrin ont rapporté un cas d'éruption secondaire où les papules tant par leur étendue que par leur nombre et leur élévation étaient plus intenses au point d'application de ventouses sèches.

Miliau a également observé deux placards érythémato-squammeux qui sont des syphilides psoriasiformes au niveau de cicatrices des jambes résultant d'écorchures faites trois semaines auparavant. Au moment de l'observation, le malade était en pleine éruption secondaire (Eliet).

b) A mesure que la syphilis vieillit, les doutes se font plus rares, les discordances d'opinion disparaissent et les auteurs arrivent progressivement à un accord sur l'existence même assez fréquente de la syphilis traumatique sous forme de gommes et de syphilides ulcéro-gommeuses. Les discussions portent

sur des cas d'espèces ou de modalités, c'est ainsi que la principale controverse en matière de gommes post-traumatiques réside non dans leur existence, mais dans la question de savoir quel est leur tissu d'origine : osseux, musculaire ou tégumentaire. Eliet admet l'existence de gommes sans lésions osseuses concomitantes, tandis que pour Thibierge et Clément Simon la lésion cutanée serait presque toujours une ulcération à point de départ parfois musculaire, le plus souvent osseux.

Enfin Pasini, reprenant la théorie de Verneuil, soutient que le traumatisme modifie les propriétés biologiques des tissus et en particulier les capacités de résistance vis-à-vis des spirochètes.

Les *lésions tertiaires* post-traumatiques peuvent intéresser le derme ou l'hypoderme.

Les lésions dermiques sont beaucoup plus rares, ce sont des syphilides ulcéreuses, tuberculeuses ou tuberculo-croûteuses.

Crépin raconte l'histoire de syphilides tuberculo-croûteuses apparues à la jambe à la suite d'un coup de pied de cheval, sans plaie préalable.

L.-H. Petit rapporte l'observation d'un vieillard, ancien syphilitique qui, à la suite d'une luxation de l'épaule eut un « rupia syphilitique de la région deltoïdienne ».

Gougerot et Clara, une syphilide ulcéreuse circinée au-dessous d'une cicatrice par éclat d'obus de la région occipitale.

Clément Simon, l'observation d'un soldat qui avait reçu une blessure par balle ayant intéressé le cubitus. Il se développa sur la cicatrice de cette blessure une syphilide tuberculo-croûteuse typique.

Les lésions hypodermiques sont des gommes ou des syphilides ulcéro-gommeuses.

De nombreuses observations de gommes post-traumatiques ont été publiées par les anciens auteurs (Verneuil, L.-H. Petit, Fournier...) et plus récemment par Milian, Gougerot, Klauder, J. May, Vignolo-Lutati, Pautrier, Desclaux...).

Les cas les plus démonstratifs sont ceux qui ont été observés pendant et après la guerre. Des blessés ont présenté au siège des plaies, soit pendant la cicatrisation, soit deux ou trois mois après la cicatrisation, des gommes ou des syphilides ulcéro-gommeuses, dont la guérison fut obtenue par le traitement antisyphilitique.

Evidemment, ces cas furent diversement interprétés, et certains auteurs, Thibierge en particulier, cherchent à montrer qu'on a été en présence d'erreurs de diagnostic facilitées par des examens trop hâtifs et aussi par la simulation fréquente pendant la guerre, et aussi en accidents du travail.

Cependant, dans l'ensemble, les caractères cliniques des lésions, la réaction de Bordet-Wassermann, souvent positive, les antécédents des malades, la guérison par le traitement, sont des preuves solides qu'on trouve dans la majorité des observations.

Ces gommes siègent généralement au niveau du point traumatisé, mais elles peuvent apparaître « à distance » du traumatisme, dans le temps comme dans l'espace.

Dans le « temps », comme le montre cette ulcération gommeuse cutanée, apparaissant plus d'un an après la blessure et quatre mois après la cicatrisation complète de ladite blessure (fracture ouverte de jambe), et cela sans traumatisme nouveau (Gougerot et Clara).

Dans « l'espace », Gougerot et Clara ont vu une gomme apparaître au tiers supérieur de la cuisse chez un homme blessé au genou du même côté, trois semaines auparavant.

Beaucoup plus discutables semblent les cas de Verneuil, où il s'agit d'une gomme du tibia survenue cinq semaines après l'ablation d'un testicule syphilitique, et de Dreyer attribuant à une fracture de l'humérus et du cubitus l'apparition ultérieure de lésions syphilitiques du nez et du palais. On peut attribuer ces cas à une simple coïncidence.

Il faut encore citer les gommes se développant sur des cicatrices d'anciennes lésions syphilitiques : Klauder vit apparaître une ulcération gommeuse sur la cicatrice d'une gomme guérie depuis deux ans et qui venait d'être traumatisée.

Conclusions médico-légales.

Nous voyons combien sont rares les cas de lésions syphilitiques cutanées post-traumatiques, mais leur

existence semble bien prouvée à l'heure actuelle. Aussi le médecin-expert n'est pas autorisé à nier *a priori* la vraisemblance de ce fait en se basant sur ce que la démonstration de sa réalité n'a pas encore été faite d'une façon indiscutable. Mais dans quelles conditions une lésion cutanée syphilitique pourra-t-elle être attribuée à un accident du travail?

1° Les circonstances de l'accident doivent être rigoureusement établies ou simplement vraisemblables : la réalité du traumatisme, sa nature, son siège identique à celui de la lésion.

2° La nature syphilitique de la lésion doit être établie avec certitude. L'expert se basera sur les caractères cliniques et évolutifs de la lésion. Il recherchera les antécédents du malade sans oublier que des accidents syphilitiques peuvent se voir chez des sujets dépourvus de tout antécédent et sans oublier encore que l'existence d'une syphilis antérieure ne doit pas faire déclarer systématiquement syphilitiques toutes les lésions dont un sujet est atteint.

Il faudra pratiquer un examen sérologique, sans oublier que le Wassermann est souvent négatif dans la syphilis tertiaire, conseiller un traitement d'épreuve.

Mais, après avoir éliminié tous les diagnostics d'ordre purement médical, il en est un auquel l'expert devra aussi penser : c'est à la simulation. Il devra y penser devant toute dermatose étrange par son aspect, devant toute lésion récidivante, désespéré-

ment tenace lorsque le sujet a un intérêt quelconque à prolonger sa maladie (Gougerot).

Ulcéreuses ou non, les syphilides cutanées ont pour caractéristique majeure leur forme arrondie ou ovalaire géométriquement régulière ou encore polycyclique. Cette notion est si bien admise qu'une lésion ulcéreuse arrondie survenant après un accident de travail évoque dans l'esprit des médecins l'idée de la syphilis.

Or, les simulateurs habiles arrivent facilement à produire, par des applications de caustiques liquides ou pâteux, une escarre régulière laissant après elle une ulcération creuse à bords à pic, entourée, si elle est un peu irritée, par des pansements appropriés, d'une zone d'infiltration plus ou moins dure.

Pour faire le diagnostic de la simulation, il faut se baser sur les faits suivants :

a) Le fond de l'ulcération est généralement trop plat, les bords trop verticaux et la zone d'induration a un caractère inflammatoire, mais tous ces signes ne sont souvent que des nuances.

b) La forme de l'ulcération, qui présente des prolongements anguleux ou irréguliers révélant les bavures du caustique. Enfin, l'expert peut avoir la chance de trouver à la surface de l'ulcération des débris d'escarre adhérents et de coloration grisâtre. Malheureusement, au moment de l'expertise, ces indices accusateurs ont disparu. C'est alors que les constatations faites par le médecin qui a pu voir, à un moment donné, le malade, ont une importance capitale.

c) Les invraisemblances, contradictions ou inexactitudes dans les dires du blessé suspect, en lui faisant relater le début et l'évolution de son affection, et ceci à plusieurs reprises.

Aussi, en cas de non-réponse du laboratoire, en l'absence d'autre diagnostic acceptable, il faut se rappeler que la forme arrondie des lésions qui, en clinique, est un signe capital de lésion syphilitique, est en matière d'accident du travail un indice de valeur diagnostique à peine moindre des lésions artificiellement provoquées.

3° Un laps de temps raisonnable doit s'être écoulé entre le traumatisme et l'apparition de la lésion.

Ce temps d'incubation, auquel il est impossible d'assigner une durée précise, sous peine de tomber en plein empirisme, doit être évalué pour chaque cas très exactement. C'est une notion d'une importance capitale qui comporte à la fois un minimum et un maximum. Parfois la nature même des lésions peut permettre de dépister la fraude, tel le cas de Milian : « Un charretier déclara avoir été blessé par une pointe rouillée plantée dans des bois de démolition qu'il déchargeait. Le médecin qui l'examina le surlendemain de l'accident constata une lésion importante du mollet ressemblant à un anthrax. L'affection ayant traîné, la Compagnie refusa de payer et Milian nommé expert fit le diagnostic de gomme, d'après l'aspect de la lésion et les autres stigmates que présentait le malade. D'autre part, étant donné les di-

mensions de la lésion, deux jours après l'accident, il était matériellement impossible de reconnaître à cette gomme une origine traumatique. »

4° La proportion d'intensité de la lésion et du traumatisme doit être respectée, car il est difficile d'admettre qu'une éraflure ou une contusion légère soient responsables d'une gomme. Ceci est très important, car un tel traumatisme ne pourra, par exemple, être incriminé lorsque sa localisation correspond avec un point où des pressions et des chocs s'exercent habituellement dans l'exercice de la profession ou dans la vie normale.

Indemnisation.

L'ouvrier aura droit au demi-salaire et aux soins médicaux jusqu'à la guérison. Généralement on n'attribue pas de rente, mais les erreurs de diagnostic peuvent avoir entraîné des erreurs de thérapeutique, une gomme peut avoir été incisée, par exemple, laissant une cicatrice adhérente, des rétractions nécessitant l'octroi au blessé d'un taux d'incapacité permanente partielle.

Syphilis musculaire post-traumatique

Les gommes musculaires post-traumatiques sont très rares, quelques cas en ont été publiés, notamment celui de Gougerot et Clara où s'il s'agissait d'une gomme du mollet survenue six mois après une blessure par éclat d'obus. Récemment, Rebattu, Gaté,

Guilleret et Boyer ont décrit une gomme deltoïdienne survenue à la suite d'un coup violent avec ecchymose.

Mais, en réalité, la syphilis post-traumatique des muscles ne se distingue en rien des gommes musculaires ordinaires. On basera le diagnostic de gomme traumatique d'après son apparition à l'endroit précis d'un traumatisme et dans une limite de temps qu'aucune jurisprudence n'a encore fixée mais qui ne doit être ni trop proche ni trop lointaine : trop rapprochée du trauma on pourrait la croire préexistante, trop éloignée on pourrait invoquer une solution de continuité entre la cause et l'effet. (R. Bernard.)

Syphilis articulaire traumatique

L'existence de la syphilis traumatique des articulations est très discutée. Elle a été signalée par Broca en 1921 à la Société de Médecine légale sous le nom d' « arthrite syphilo-traumatique ».

Cet auteur rapporte 18 observations d'hydarthrose du genou dont l'étiologie mixte reposait d'une part sur les commémoratifs certains du traumatisme et la nature syphilitique, d'autre part sur le fait qu'il s'agissait d'hydarthroses chroniques, indolentes, que le Wassermann était positif dans 50 % des cas et enfin que ces arthrites guérissaient ou s'amélioraient par le traitement spécifique. Ces observations, admises par Eliet qui considère ces éléments suffisants pour

dire arthrite syphilitique traumatique, sont discutées par la majorité des auteurs, notamment par Clément Simon qui remarque qu'il n'en existe pas d'autre cas dans la littérature.

Cependant, depuis, des observations indiscutables ont été publiées, notamment par Morel et Bonhouse, G. et R. Sorel, et surtout par Coutela : « Hydarthrose du genou après trauma certain chez une enfant de 12 ans. Devant la persistance de l'hydarthrose on pense à la tuberculose et on plâtre l'enfant. Trois mois après, Coutela la voit pour une kératite interstitielle typique. On pratique alors un Bordet-Wassermann qui est franchement positif. On constitue un traitement énergique et tout rentre dans l'ordre. »

Cette observation à elle seule suffirait à établir la réalité des localisations articulaires de la syphilis après un traumatisme. Mais il faut bien reconnaître que de toutes les manifestations syphilitiques post-traumatiques ce sont les plus rarement observées, bien que les articulations soient exposées à des traumatismes fréquents. Peut-être est-ce dû au fait qu'en présence de lésions articulaires traumatiques on a souvent tendance à se borner à les qualifier de traumatiques sans chercher à approfondir leur nature relle et cela d'autant plus facilement qu'il n'existe pas, la plupart du temps, de signes locaux permettant de songer à la syphilis.

De tout ceci il faut retenir, au point de vue médico-légal que le traumatisme a tantôt un rôle révélateur, tantôt une action localisatrice ou même aggravatrice

sur la syphilis articulaire, mais que cette action est tout à fait exceptionnelle. L'expertise restant soumise aux règles habituelles.

Syphilis osseuse et traumatisme

L'existence des relations entre la syphilis osseuse et les traumatismes n'est discutée actuellement par personne car les exemples sont nombreux, précis et indiscutables.

Au cours de la syphilis secondaire elles sont exceptionnelles; à ce sujet le cas de Pasini est typique : chute grave sur le front chez un syphilitique porteur de lésions éruptives secondaires, suivie de l'apparition d'une bosse frontale sans plaie. Cette tuméfaction qui intéressait la peau et le périoste diminue les jours suivants puis réapparaît, ayant cette fois les caractère d'une ostéo-périostite syphilitique.

Par contre, à la période tertiaire, les cas observés sont fort nombreux et offrent des lésions de types variés, ce sont : soit des ostéo-périostites, dont des cas ont été publiés par L.-H. Petit, Fournier, Milian, Gougerot et Clara, Clément Simon, Pasini, R. Bernard... Ils peuvent se schématiser ainsi : traumatisme unique et violent, portant le plus souvent sur les tibias, provoquant une ostéo-périostite diffuse que l'on voit se développer au bout de trois semaines à un mois. Parfois, mais rarement, cette tuméfaction s'ouvre à la peau.

Soit des gommes osseuses siégeant au point traumatisé, nettement circonscrites en tissus osseux, elles sont exceptionnelles; Gougerot et Gilson ont publié un cas de gomme de la tête humérale après une chute sur l'épaule. Plus fréquemment les gommes osseuses apparaissent en un point fracturé, la consolidation n'étant obtenue qu'après un traitement antisyphilitique (Milian, Thibierge, Toussaint, Gougerot et Clara). Souvent la fracture d'un syphilitique consolide normalement, c'est plus tard au niveau du col que se localise une gomme (Eliet).

Enfin Barthélemy a publié une observation de gomme de l'extrémité supérieure du cubitus, survenue après une chute sur le poignet, pouvant faire soulever l'hypothèse de la syphilis « à distance » par choc en retour.

Soit des cas de périostoses et d'exostoses, on en trouve des exemples nombreux dans Fournier et L.-H. Petit, et, plus récemment, Milian, Gougerot, Railliet en ont relaté des cas. Souvent, d'ailleurs, ces périostoses reconnaissent pour cause de petits traumatismes répétés, mais pas toujours, et Decourt et Moulinier ont rapporté l'observation d'une femme qui, après un traumatisme important, puisqu'il s'agissait d'une chute de trois mètres environ, présenta une vaste ecchymose de la jambe et à ce niveau même fit ultérieurement une périostose du tibia.

Lorsque la syphilis est postérieure au traumatisme. On peut voir parfois celle-ci se fixer au niveau de

lésions anciennes; il en existe quelques observations :

Benicy a vu, à la suite d'une fracture du cubitus par balle en 1870, un blessé, qui avait contracté la syphilis en octobre 1871, être atteint en avril 1872 d'une périostite gommeuse avec récidive et large ulcération.

Dron a publié une observation dont voici le résumé : fracture du radius par balle en 1870, en 1874 le malade contracte la syphilis et se fait soigner. Mais, peu après, sans cause extérieure appréciable, le cal devient douloureux, se ramollit si bien que le malade ne pouvait soutenir son avant-bras. Sous l'influence du traitement, la soudure osseuse reprit sa consistance normale en un mois.

Enfin Pasini a également vu survenir une ostéo-périostite syphilitique sur le cal tibio-péronier d'une fracture antérieure de trois ans à la syphilis.

Cette question, qui ne se pose que dans des cas exceptionnels, puisque nous ne pouvons en citer que trois observations, peut avoir un intérêt pratique au cas où la syphilis survenue avant les délais de révision aurait modifié les séquelles de la blessure.

Conclusions médico-légales.

En présence d'une syphilis osseuse survenue après un traumatisme, une double difficulté se présente, en effet, selon les circonstances, on risque de méconnaître la syphilis ou de mésestimer le rôle du traumatisme.

S'agit-il d'un traumatisme important, les lésions

ultérieures, à défaut d'un examen approfondi, risquent de lui être exclusivement imputées.

S'agit-il au contraire d'un traumatisme plus discret, n'ayant pas laissé de trace apparente, on risque d'en mésestimer le rôle. Pendant longtemps une périostite syphilitique, surtout si elle atteint un os profond, ne se traduit que par des douleurs, sans signes objectifs très appréciables, et en matière d'accident de travail la réalité des douleurs risque d'être contestée. Lorsque apparaissent des signes objectifs évidents, le traumatisme semble déjà trop ancien pour que l'on songe à lui prêter une valeur efficiente.

On conçoit qu'en l'occurrence la tâche de l'expert puisse être délicate. Il lui appartiendra de faire une enquête approfondie sur les circonstances de l'accident, sur la nature et le siège exact des lésions qui en ont été la conséquence. Ici apparaît à nouveau l'importance du certificat de constatation de l'accident qui, en définitive, sera la base principale de l'expertise.

En résumé, il faut retenir de tout ceci : qu'un trauma survenant chez un syphilitique peut, rarement, avoir pour conséquence le développement *in situ* d'une lésion osseuse spécifique qui, sans ce traumatisme, ne se fût sans doute pas constituée, que ce fait peut s'observer à une phase tardive de la syphilis aussi bien qu'à la période secondaire.

La part du traumatisme doit être retenue si la lésion osseuse ne s'était pas manifestée antérieure-

ment à l'accident (importance de la radiographie), si elle apparaît au point même où se sont exercés les effets du traumatisme, si celui-ci a pu avec vraisemblance retentir sur l'os ou le périoste, s'il n'existe aucune lésion semblable dans les autres parties du squelette non traumatisé, et enfin, si les rapports chronologiques entre le trauma et l'éclosion des lésions osseuses paraissent indiscutables.

Une fois établi le rapport entre le traumatisme et la lésion, une gomme du tibia par exemple, l'expert devra :

1° Fixer la date de consolidation, c'est-à-dire le moment où les séquelles pathologiques de la gomme : cicatrice adhérente, épaississement ou amincissement osseux, atrophie musculaire... ont pris un caractère de permanence ne nécessitant plus de surveillance médicale, cette date variera avec chaque cas envisagé;

2° Dire s'il y a lieu d'attribuer une rente et, dans l'affirmative, mesurer l'importance des dégâts dus au traumatisme. L'incapacité se mesure, d'après les lésions observées : la gomme et ses suites s'il y en a : fracture osseuse, impotence plus ou moins grande... en évaluant la capacité de travail de la victime avant et après l'accident. Mais, bien entendu, dans cette évaluation, on ne tient pas compte de la syphilis elle-même et des autres lésions spécifiques que peut présenter l'ouvrier et qui n'auraient aucun rapport avec le traumatisme.

Les fractures des syphilitiques.

Les fractures des syphilitiques présentent un gros intérêt médico-légal, surtout depuis la loi sur les accidents du travail. L'expert aura un rôle important à jouer par suite des problèmes ardus que posent parfois leur évolution pathologique et les circonstances dans lesquelles elles se produisent.

Influence de la syphilis sur la consolidation des fractures.

Cette question n'est pas encore résolue; autrefois, on était persuadé que les fractures se consolidaient plus difficilement chez les syphilitiques (Dron). Mais, à mesure que l'observation se fit plus précise, on reconnut qu'il y avait bien des cas de retard de consolidation et de pseudarthrose, en dehors de la syphilis, et que beaucoup de fractures guérissaient chez des syphilitiques comme chez les individus sains.

Nous trouvons dans la littérature quelques observations éparses, mais peu de travaux d'ensemble depuis la thèse de Gellé en 1884 et le travail de Estes en 1920. Cependant la plupart des ouvrages classiques admettent l'influence de la syphilis sans fournir de détails précis.

Pour les syphiligraphes, et pour Clément Simon en particulier, les consolidations difficiles sont théoriquement possibles, mais sont plus rares que les retards de cicatrisation des plaies; par contre, Thibierge, si catégorique en ce qui concerne les plaies, admet qu'il existe parfois des fractures survenues

chez des syphilitiques qui ont une tendance très marquée à se consolider lentement et dont seul le traitement antisyphilitique quelquefois prolongé a obtenu la consolidation (Gellé).

A ce sujet il faut citer le cas de Toussaint concernant un officier hérédo-syphilitique qui, à la suite d'une chute de cheval, se fit une fracture des deux os de la jambe; malgré un traitement correct, une pseudarthose se forma qui fit place à un cal solide quand le traitement fut institué. Par contre, on peut opposer à cette observation celle de Dujarrier, citée par Funck-Bruntano, montrant qu'un traitement spécifique bien conduit, ayant abouti à un Bordet-Wassermann négatif, n'eut aucune influence sur les échecs opératoires d'une pseudarthrose.

Quant à Eliet, il est formel : « Il semble acquis que les fractures chez les syphilitiques peuvent, sans qu'il y ait de gomme de l'os, se consolider lentement. » Barthélemy, lui, est impressionné par un cas personnel : fracture du péroné avec cal exubérant, mais persistance du trait de fracture après plus de trois mois.

Il semble, en réalité, que la syphilis n'est pas, et de beaucoup, l'unique cause des retards de consolidation. Estes, qui a recherché toutes les causes possibles de ce retard, ne l'a trouvée que trois fois sur une série de 64 fractures : elle se révélait uniquement par l'examen sérologique et il n'y avait absolument aucun signe clinique.

Fractures spontanées.

Par fracture spontanée, on entend en général fracture secondaire à une cause insignifiante. Mais il y a tous les degrés à cette insignifiance : la difficulté de juger de la violence du traumatisme invoqué à l'origine de ces fractures, le manque de précisions apportées par le malade à ce sujet font qu'il est très souvent difficile de les interpréter, d'affirmer qu'elles sont réellement pathologiques au point de vue du mécanisme de leur production.

Parfois, le trauma a été véritablement minime, tellement que le malade nie s'en être aperçu; dans d'autres cas, l'accident est attribué à une violence qui, tout en paraissant insuffisante à les produire, ne permet pas de conclure d'une manière absolue à la spontanéité. Enfin, quelques observations ont trait à des fractures dont l'origine traumatique ne fait aucun doute.

Les fractures spontanées se voient quelquefois dès la période secondaire, mais elles sont très rares : Gougerot notamment a rapporté un cas de fracture spontanée de la clavicule, et J. May un cas de fracture du cubitus. Pour réels qu'ils soient, de tels faits ne constituent qu'une bien rare exception.

Au contraire, la syphilis tertiaire donne lieu beaucoup plus souvent à des fractures spontanées en particulier chez les tabétiques. Mais, ainsi que Sézary l'a bien montré, les fractures spontanées chez les syphilitiques non tabétiques, sans être fréquentes, ne

sont pas exceptionnelles et s'observent surtout sur l'humérus, puis sur la clavicule et le fémur.

L'expertise en matière de fracture chez un syphilitique.

Les problèmes les plus divers peuvent se poser à l'expert; pour chacun d'eux, il devra démontrer l'état antérieur et déterminer son action.

1° *Démontrer l'état antérieur.*

Chez les syphilitiques, une fracture peut survenir parfois en dehors de toute autre manifestation de la maladie; l'examen du sang, s'il peut être pratiqué, n'aura souvent qu'une valeur relative. Il faut, pour affirmer l'intervention de la syphilis dans le mécanisme de la fracture ou dans la pathologie de son évolution, pouvoir s'appuyer sur les signes locaux de la syphilis osseuse et, seul, l'examen radiologique est susceptible de fournir ces renseignements.

Chez les tabétiques, la symptomatologie est ordinairement fruste, les fractures étant souvent le lot de la période préataxique. L'examen clinique étant plus ou moins probant, l'examen du sang n'ayant qu'une valeur d'appoint, et celui du liquide céphalo-rachidien ne pouvant être exigé du malade, ce sera encore la radiographie qui en général fera faire le diagnostic.

2° *Déterminer son action.*

Nous serons brefs, cette question s'intriquant avec l'étude du tabès, nous en tracerons simplement les grandes lignes. Il faut distinguer trois cas :

a) Un syphilitique est victime d'un accident banal, le traumatisme étant suffisant pour expliquer la fracture.

Il n'y a pas à s'occuper de l'état antérieur, sauf s'il survient des complications. La responsabilité de l'accident vis-à-vis des complications ultérieures sera limitée par des considérations : de localisation, de temps et de relation que nous développerons plus longuement à propos du tabès;

b) Fracture banale chez un syphilitique se croyant sain mais reconnu syphilitique à l'examen.

Il n'y a pas à s'occuper de l'état antérieur, s'il ne survient pas de complications. Dans ce cas on procédera comme dans le précédent;

c) La fracture n'a pu se produire sans l'intervention d'une cause favorisante, le sujet, bien que se croyant sain, est reconnu syphilitique à l'examen.

Ici la question qui se pose est plus du domaine de la jurisprudence que de la médecine, c'est celle de la réalité de l'accident.

Or, si, autrefois, pour qu'il puisse y avoir application de la loi, il fallait qu'il y ait eu l'intervention d'un « événement soudain anormal produit par l'action d'une force extérieure », actuellement la jurisprudence est beaucoup plus large et tend à engager la responsabilité du patron pour tout fait survenu au cours du travail.

Néanmoins il est illogique d'imputer au travail une fracture survenue au cours d'un simple mouvement physiologique, sans effort particulier, qui, en

dehors du travail, aurait infailliblement abouti au même méfait. Ceci, l'expert, lorsqu'on lui demandera son avis, devra s'attacher à le faire ressortir quoiqu'il soit difficile d'apprécier la violence de certains mouvements et d'estimer le rôle qu'ils ont pu avoir dans le mécanisme d'une fracture.

***

En dehors de cette restriction, il faut considérer les syphilitiques accidentés du travail comme des sinistrés ordinaires, évaluer l'incapacité en tenant compte des lésions accidentelles considérées en elles-mêmes, sans faire état des autres symptômes de syphilis ou de tabès pouvant exister. En un mot l'évaluation doit porter sur toutes les conséquences directes ou indirectes de l'accident.

L'incapacité permanente étant fixée au moment de la consolidation juridique si, ultérieurement, une aggravation se produit avant l'expiration des délais de revision, l'expert aura à examiner à nouveau le malade. Trois éventualités peuvent se présenter :

1° L'aggravation alléguée est causée par l'apparition de complications siégeant au lieu même du traumatisme primitif et dues à l'évolution de la syphilis. Il s'agit par exemple d'une ostéite du cal, on doit dans ce cas conclure à une aggravation;

2° L'aggravation est le fait de conditions particulières de vie dues à l'accident, mais paraissant entièrement sous la dépendance de l'état antérieur. Dans ce cas, selon le conseil donné par Verger et Lande,

il est « sage d'indiquer seulement les éléments du problème et leur filiation médicale, en laissant au juge le soin de trancher la question de droit » ;

3° L'aggravation résulte de l'apparition de symptômes nouveaux impossibles à rattacher directement ou indirectement à l'accident, mais habituels dans l'évolution de la syphilis (apparition d'une lésion d'ostéite avec fracture spontanée en un autre point du squelette) ou du tabès (arthropathie éloignée, amaurose...). Dans ce cas la revision n'est pas justifiée, puisqu'il s'agit non plus de l'accident mais de la maladie elle-même.

En résumé, il faut considérer les fractures pathologiques des syphilitiques, survenant du fait du travail comme accident du travail, sans tenir compte de l'état antérieur. Mais encore faut-il qu'il y ait eu à leur origine un traumatisme ou un simple mouvement violent quelconque fait en vue du travail et qui, s'il ne saurait expliquer la même lésion chez un individu sain peut provoquer sur un squelette dont la résistance est diminuée des désordres qui ne seraient pas arrivés en dehors de son intervention.

Une fracture survenant pendant le travail, à l'occasion d'un acte purement physiologique, comme la marche, ne saurait être considérée comme accident du travail, car elle se serait produite aussi bien en tout autre lieu et en toute autre circonstance.

Les complications survenant au cours de l'évolution des fractures doivent être indemnisées lors-

qu'elles sont en rapport avec le trauma par des considérations de temps, de siège; il ne faut tenir aucun compte de l'état antérieur. Toute complication liée à l'évolution de la maladie elle-même, sans aucune dépendance avec l'accident n'est pas indemnisable.

Syphilis traumatique des viscères

Les localisations traumatiques de la syphilis aux viscères restent du domaine des raretés, sauf pour le cœur et les vaisseaux.

On a décrit des cas d'orchite traumatique (Goubeau, Basch), mais il arrive souvent que l'existence du traumatisme est difficile à prouver, sans compter les erreurs de diagnostic qui sont fréquentes. Récemment, Barthélemy a observé un sarcocèle post-traumatique.

Cardiopathies traumatiques.

Nous envisagerons sous ce nom les affections du cœur et des gros vaisseaux survenues brusquement ou progressivement chez un syphilitique à la suite d'un traumatisme.

Il peut s'agir, soit d'un traumatisme externe, c'est-à-dire d'un traumatisme proprement dit, soit d'un traumatisme interne d'effort.

Il faut citer tout d'abord les *lésions valvulaires aortiques*. On comprend que, chez un sujet ayant une aortite syphilitique, des lésions sigmoïdiennes discrètes puissent favoriser la production d'une rupture

valvulaire sous l'influence d'un choc précordial ou d'un effort violent (Dufour, Delhommeau). Claisse et Joltrain en ont rapporté un exemple démonstratif : il s'agissait d'un homme de 58 ans, syphilitique depuis l'âge de 27 ans, entré à l'hôpital pour de la gêne respiratoire avec crises de dyspnée et douleurs rétrosternales. Ce sujet avait glissé en portant un sac de 100 kilos, il avait fait un effort violent pour ne pas tomber et avait ressenti au même moment une douleur très violente dans le thorax, accompagnée d'une sensation de craquement et d'une dyspnée intense. L'auscultation montra qu'il présentait tous les signes d'une insuffisance aortique qu'on pouvait considérer comme d'origine traumatique.

L'année suivante on observa chez ce sujet l'existence d'une aortite chronique avec ectasie.

Le pronostic de l'insuffisance aortique traumatique est grave, la survie va de un à trois ans.

⁂

Quant à *l'anévrysme de l'aorte* d'origine traumatique, il est rare. Le traumatisme invoqué est toujours très violent et bien localisé à la partie antérieure du thorax. Mais ce traumatisme agit-il sur une aorte déjà malade pour venir hâter la production de l'anévrysme? ou provoque-t-il un point d'appel pour les lésions syphilitiques? ou est-il capable de provoquer par lui-même la lésion anévrysmale?

Quelques auteurs estiment que, dans des cas d'ailleurs exceptionnels, le traumatisme peut à lui seul

causer l'ectasie d'une aorte saine; mais la plupart estiment indispensable la préexistence d'une lésion pariétale ordinairement due à la syphilis. (Rimbaud, Merklen, Mazel et Valendru.)

Quoi qu'il en soit, l'anévrysme traumatique diffère peu de l'ectasie banale et c'est à peine si l'on a pu parler d'une évolution un peu plus rapide et, de ce fait, d'un pronostic plus sévère. (Duvoir et Piedelièvre.)

Le diagnostic étiologique ne repose donc que sur les conditions et surtout le délai d'apparition après un accident. La prudence est de rigueur et l'on aura toujours présente la notion qu'une ectasie même volumineuse peut ne se manifester par aucun symptôme fonctionnel et, par conséquent, être en toute bonne foi ignorée du malade.

Les cas sont en général très complexes; voici quelques exemples qui montrent l'obscurité régnant encore : telle est l'histoire rapportée par Grant d'une jeune femme qui, dans un accident de chemin de fer eut le thorax violemment projeté sur le manche de l'ombrelle qu'elle tenait devant elle. Quelques mois après, on constatait l'existence d'un anévrysme de la portion ascendante d'où procès qui se termina en faveur de la malade, l'expertise ayant conclu à un anévrysme d'origine traumatique.

Dans l'observation de Ramond et Postin : Il s'agit d'un soldat qui fut projeté à terre par l'explosion d'une torpille. Examiné un mois après, on constata

trois dilatations anévrysmales de la crosse aortique. Wassermann positif.

D'autres auteurs, notamment Durand-Farbel, Maceven, ont rapporté des cas concernant des anévrysmes consécutifs à des plaies pénétrantes.

Tous les traumatismes peuvent évidemment être invoqués, mais Gougerot et Clara font une remarque qui augmentera notre circonspection; ils écrivent : « On pouvait penser que les traumatismes thoraciques, les vents d'obus, les explosions et décompressions (pendant la guerre) localiseraient la syphilis sur le cœur et l'aorte, et sur les poumons. Dans un seul cas les symptômes d'aortite ont succédé au trauma et le blessé a guéri par le traitement. Mais n'est-ce pas une coïncidence? »

Ces cardiopathies traumatiques entrent dans le cadre des affections qu'indemnise la loi sur les accidents du travail, lorsque le rôle du trauma est nettement établi. C'est donc la réalité de cette action de l'accident que devra rechercher l'expert. Il se basera d'une part sur la violence et la localisation du traumatisme; d'autre part, sur le moment d'apparition de la symptomatologie et enfin sur la comparaison de l'état fonctionnel antérieur et de l'état actuel. (Duvoir et Piédelièvre.)

Trois cas principaux peuvent se présenter :

1° Tantôt il s'agit d'un sujet qui a subi peu avant son accident un examen médical qui a établi l'intégrité de son appareil cardiaque. Cette éventualité ne

se rencontre malheureusement que d'une façon exceptionnelle, la solution en est facile : si le traumatisme est réel et d'intensité suffisante, le rôle de l'accident prête peu à discussion;

2° Tantôt le blessé était atteint d'une cardiopathie ancienne, mais celle-ci était bien compensée; ou il présentait une prédisposition anévrysmale sous forme de lésions d'aortite. Si, après l'accident, apparaissent des signes d'anévrysme ou des signes d'insuffisance cardiaque, il suffira de démontrer que ceux-ci sont bien sous la dépendance de l'accident et ce point établi d'évaluer l'incapacité de travail en tenant compte non de l'état anatomique antérieur mais de l'état fonctionnel seul;

3° Tantôt enfin, et c'est là le cas le plus fréquent, on ignore tout de l'état cardiaque antérieur. Ce sont ces cas surtout qui prêtent à discussion sur le rôle déterminant, aggravateur ou simplement révélateur du traumatisme. Les éléments d'appréciation varient d'ailleurs suivant les lésions observées; en cas de rupture valvulaire, les signes apparaissent rapidement après l'accident; en cas d'anévrysme, la solution du problème est plus délicate, car la lésion se constitue lentement. L'on devra, en cas d'anévrysme, tenir compte du moment de l'apparition des accidents révélateurs de la lésion et le délai ne devra être ni trop court ni trop long. Or, dans la littérature, on trouve des observations d'anévrysmes qui ont été constitués plusieurs années après l'accident, tandis que d'autres ont été constatés quelques heures après

lui (Thoinot, Mazel et Valendru, Rimbaud). Dans les deux éventualités il paraît peu admissible de leur reconnaître une origine traumatique.

Dans l'immense majorité des cas, l'expert sera incapable de dire si l'anévrysme existait ou non avant l'accident, si une lésion valvulaire aortique est d'origine traumatique. Mais ceci n'a qu'une importance relative en médecine légale car ce que l'on demande à l'expert, ce n'est pas tant de prouver la relation de cause à effet entre l'accident et la lésion, que la relation entre l'accident et les troubles fonctionnels consécutifs.

Il reste ensuite à l'expert à fixer la date de consolidation et le degré de l'incapacité permanente.

La consolidation pourra être considérée comme obtenue lorsque l'on aura réalisé l'arrêt de l'évolution de la lésion à la production de laquelle le traumatisme a participé.

D'ailleurs, la fixation de cette date est moins importante pour les intéressés puisque l'incapacité qui persiste sera d'un taux très élevé du fait de la gravité habituelle des cardiopathies traumatiques. La base du traitement étant le repos, on ne peut exiger d'un accidenté l'accomplissement d'une tâche qui aggrave même insidieusement son état. L'incapacité sera donc pour la majorité des auteurs (Forgue et Jeanbrau, Mayet, Sachet) permanente et totale, ou selon les cas de l'ordre de 80 à 90 % (Mazel et Valendru).

Mort par rupture de l'aorte au cours du travail

La rupture de l'aorte soulève presque toujours un problème médico-légal, d'abord parce que la lésion, même s'il s'agit d'un gros anévrysme, peut être méconnue pendant la vie et il faut alors déterminer la cause de la mort qui a pu sembler mystérieuse, ensuite parce que la rupture étant survénue au cours ou à l'occasion du travail, les ayants droit vont tenter d'attribuer la mort à un accident.

L'expertise aura pour but de montrer l'existence ou la non-existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident, d'une part, et la lésion, d'autre part.

A ce sujet l'observation de Balthazard est instructive : un homme de 63 ans, aide-maçon, qui travaillait sur un échafaudage à un mètre au-dessus du sol, tombe par terre et meurt peu après. L'autopsie montra qu'il était mort d'une rupture d'anévrysme. Mais cette rupture avait-elle été provoquée par la chute ou, produite spontanément, avait-elle entraîné la chute?

L'expert avait à rechercher si le patron avait encouru des responsabilités ou non : la chute ayant causé des lésions minimes et, par contre, la rupture de l'anévrysme s'expliquant d'elle-même du fait de la minceur des parois, il a été conclu que la rupture avait été spontanée, avait provoqué la chute et causé la mort.

De même dans un cas de Letulle : un employé du Chemin de fer du Nord, âgé de 27 ans, est pris d'un

malaise soudain en changeant la lanterne de queue d'un train. Il meurt huit heures après à l'hôpital où il avait été transporté. A l'autopsie, rupture de l'aorte au niveau d'une plaque d'aortite chronique atrophique syphilitique.

Le Tribunal de la Seine accorde une rente. La Cour de Paris, par un arrêt du 1er décembre 1908, débouta sa veuve en remarquant que les premiers juges s'étaient mépris sur ce que l'on doit entendre par accident de travail :

« Que l'accident prévu par la loi du 9 avril 1898 s'entend d'une blessure attribuée à une cause extérieure soudaine et violente, et non d'une lésion se manifestant dans un organe défectueux au cours d'un travail normal;

« Que l'altération de l'aorte chez X... était tellement accentuée, au dire du Dr ***, que le moindre effort de toux ou un simple éternuement devait produire la perforation... que, d'ailleurs, l'action à laquelle tout garde-frein se livre plusieurs fois par jour sans difficulté et qui consiste à accrocher au dernier wagon d'un train une lanterne pesant 17 kilos ne nécessite qu'un effort ordinaire, en rapport avec les forces d'un homme de 26 ans entraîné aux travaux manuels. »

Ainsi il faut qu'il y ait eu une cause occasionnelle due soit à un traumatisme important externe, soit à un traumatisme interne : l'effort. C'est ce que confirme cet autre arrêt de la Cour d'Agen du 25 octobre

1909 (*La Loi*, 6 novembre 1909) disant que la rupture d'un anévrysme ne peut donner lieu à indemnité que « si cette rupture est le résultat d'une tâche abusivement imposée à l'ouvrier en dehors des conditions du contrat de travail, ou d'un effort excédant la capacité d'une manœuvre ordinaire ».

Syphilis nerveuse

Aucun stade de la syphilis dans ses rapports avec le traumatisme ne semble avoir donné lieu à autant de discussions que le tabès et la paralysie générale, nous les envisagerons successivement.

Tabès.

C'est Thoinot, en 1904, qui le premier envisagea la question de l'étiologie du tabès, telle que nous la concevons aujourd'hui, en réagissant contre les deux tendances excessives, ayant cours à cette époque, celle qui n'accordait au traumatisme aucune influence ou presque, rejetant tout sur la syphilis, et celle qui lui donnait quasi pleins pouvoirs. Il concluait de ses recherches que le traumatisme ne pouvait créer de toutes pièces un tabès, mais tout au plus démasquer un tabès latent et, jusqu'à un certain point, produire quelques symptômes tabétiques.

L'accord n'était pas encore fait en 1913 lorsque paraît, faisant suite à la thèse de Mayaud, une très importante étude de M. Duvoir qui conclut comme suit :

« La doctrine de la genèse traumatique du tabès non seulement ne trouve aucune base d'ordre clinique ou expérimental, mais encore est formellement contredite par l'anatomie pathologique. »

« Dans l'état actuel de nos connaissances on peut donc affirmer que le tabès traumatique pur ne saurait exister. »

« Un traumatisme périphérique ne peut en définitive aggraver de quelque façon que ce soit les lésions radiculo-médullaires qui caractérisent le tabès, le seul rôle qu'on puisse lui reconnaître consiste en une action purement locale susceptible de mettre en évidence certains symptômes tels que la douleur, l'ataxie, et de favoriser dans certains cas la localisation ostéo-arthropathique. »

Enfin, analysant les cas où la cause présumée est une contusion cérébrale ou rachidienne ou une commotion céphalo-rachidienne, il déclare : « Contrairement au traumatisme périphérique qui ne peut déterminer qu'une aggravation apparente du tabès par la mise en évidence de symptômes déjà existants, le traumatisme des centres nerveux peut entraîner une aggravation vraie d'un tabès déjà constitué et par là même démasquer l'existence d'un tabès à manifestations atténuées. Il n'est donc pas invraisemblable d'admettre qu'un traumatisme des centres nerveux puisse, sinon localiser le processus syphilitique sur les racines rachidiennes, tout au moins faciliter l'évolution de lésions tabétiques ébauchées et marquer

l'apparition d'un tabès jusque-là cliniquement, c'est-à-dire pratiquement inexistant. »

Et il ajoute cette phrase qui résume, à notre avis, toute la doctrine et devra servir de base à la jurisprudence médicale : « Si l'on admet que l'apparition clinique du tabès est précédée d'une phase exclusivement histologique, le traumatisme l'aurait donc fait passer de sa phase histologique à sa phase clinique. »

Enfin, en 1924, au IXe Congrès de Médecine légale, Verger et Lande, mettant la question au point en ce qui concerne le médecin légiste, concluent « qu'actuellement il n'existe pas de raison sérieuse de considérer un traumatisme, fût-il central comme une cause favorisante de tabès », et ils ajoutent : « Si le traumatisme est impuissant par lui-même à créer un tabès chez un syphilitique, il n'est pas douteux qu'une fois le tabès installé, un traumatisme ne puisse jouer un rôle pour en modifier l'évolution et en particulier, chez un tabétique, les traumatismes suffisent à faire apparaître des symptômes nouveaux qui, vraisemblablement, ne se seraient pas produits sans eux. » Mais, dans leurs exemples, ils ne semblent envisager que les fractures, les arthropathies et l'incoordination avec cette réserve que pour cette dernière le traumatisme n'agit que par l'immobilisation.

Mais M. Duvoir, fidèle aux idées qu'il avait déjà exprimées en 1913, et se plaçant sur le terrain médico-légal, leur répond qu' « il est possible qu'il ne soit pas scientifiquement démontré par une observa-

tion clinique indiscutable qu'un traumatisme puisse *déclancher* l'évolution d'un tabès jusque-là latent ou provoquer son évolution générale en provoquant directement l'apparition de symptômes nouveaux de la série tabétique, tels que incoordination, douleurs, crises viscérales... Mais cette éventualité n'est pas invraisemblable, et j'ajouterai qu'il n'est certainement pas établi qu'il ne puisse en être ainsi. Cela me suffit pour conclure qu'en présence d'une évolution tabétique survenue après un accident, l'expert devra admettre la relation de cause à effet avec toutes ses conséquences pourvu que le délai d'incubation n'ait été ni trop long, ni trop court, et que le traumatisme ait été réel et central. »

Si, actuellement, la plupart des auteurs sont défavorables à la thèse du traumatisme, facteur déclenchant du tabès, par association de son action propre à celle de la syphilis, il faut cependant avouer que, malgré les affirmations tranchantes de certains, aucun n'apporte d'arguments décisifs, irréfutables, convaincants pour l'esprit. En affirmant que le traumatisme même de l'axe cérébro-spinal est impuissant à déterminer l'éclosion d'un tabès, on a bien l'impression d'être dans le vrai, mais il n'en existe pas encore à l'heure actuelle de preuve formelle. Si, personnellement, on est persuadé que le traumatisme ne peut faire éclore le tabès chez un syphilitique, si on se place sur le terrain médico-légal, on n'a pas le droit de considérer cette notion comme entièrement dé-

montrée, aussi est-il préférable de suivre M. Duvoir dans ses conclusions.

L'expertise sera conduite selon les principes généraux que nous avons indiqués au début de cette étude, deux problèmes sont à examiner, d'abord la démonstration de l'état tabétique et ensuite l'évaluation du dommage.

La démonstration de l'état tabétique pourra être rétrospective ou actuelle.

Rétrospective, elle sera basée sur un interrogatoire attentif du blessé pour rechercher s'il existait antérieurement à l'accident des douleurs fulgurantes atypiques qualifiées de « rhumatisme », de troubles sphinctériens rapportés à un rétrécissement ou à une cystite, une impuissance précoce, de la diplopie... L'examen des certificats professionnels complétera les renseignements fournis par le blessé quant à la régularité qu'il apportait à l'exercice de sa profession. Parfois l'absence de tout symptôme tabétique antérieur à l'accident sera attesté par un certificat médical récent, établi à l'occasion d'une assurance sur la vie, ou d'un examen périodique comme ceux qui sont obligatoires dans certaines professions. Quant au certificat initial, il est en général trop laconique, se borne à une description plus ou moins fidèle des lésions et surtout ne mentionne jamais qu'un examen complet du blessé a été pratiqué ne révélant aucune lésion du système nerveux.

Actuelle, sera basée avant tout sur l'examen clinique, si les signes constatés sont nombreux et évidents le diagnostic s'impose, mais plus souvent les symptômes sont discrets, il faudra alors se contenter de la triade d'Abadie, constituée, on le sait, par la constatation de trois signes appartenant chacun à l'une des trois séries suivantes : troubles des réflexes, troubles de la sensibilité profonde et enfin troubles des sensibilités motrice ou viscérale.

Quant aux signes biologiques, on sait qu'une réaction de Bordet-Wassermann positive dans le sang est un appoint aux signes cliniques, mais qu'une réaction négative ne suffit pas à détruire la présomption de syphilis. Par contre, une réaction de Bordet-Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien, jointe à une lymphocytose, a une valeur considérable pour affirmer un tabès fruste, mais l'expert ne pourra pas toujours les obtenir et ils n'ont qu'une valeur d'appoint aux signes cliniques.

Le diagnostic ferme de tabès, s'il est fait quelques jours ou quelques semaines après l'accident, emporte la conviction que la maladie préexistait à l'accident, bien souvent on en aura la preuve dans les conditions mêmes de l'accident.

Pratiquement on se trouvera en présence des trois cas suivants (Verger et Lande) :

1° Il s'agit d'un accident survenant chez un tabétique avéré, l'accident est banal, suffisant par lui-même.

L'expert n'aura à faire état du tabès antérieur que pour expliquer les raisons d'une consolidation anormale : cal exubérant, apparition d'une arthropathie (cas de Patel, Crouzon, Verger et Lande) de troubles sphinctériens...

La responsabilité de l'accident ne sera engagée que si l'apparition de ces symptômes satisfait aux trois conditions suivantes :

a) Condition de localisation, c'est-à-dire si l'arthropathie apparaît au siège du traumatisme ou à son voisinage immédiat;

b) Condition de temps : seuls pourront être considérés comme en relation avec l'accident les symptômes nouveaux qui apparaîtront pendant la période des accidents aigus du traumatisme ou pendant la période de réparation.

Ainsi on sait que beaucoup de tabétiques ne font pas montre dans la vie d'une incoordination manifeste, il semble que chez certains la correction apparente de la marche, par exemple, ne se maintient qu'autant qu'ils peuvent réaliser par une sorte d'exercice continuel, une sorte de rééducation automatique. Que le malade soit retenu au lit par une cause quelconque et à son lever il montrera une incoordination intense;

c) Condition de relation, qui permet d'éliminer les accidents survenus dans des conditions de temps acceptables mais pour lesquels l'influence traumatique ne paraît pas directement ou indirectement explicable.

L'incoordination au lever, la rétention vésicale peuvent être attribuées à l'immobilisation au lit et dépendre indirectement de l'accident. Mais des troubles visuels ou auditifs, des crises gastriques survenant chez un tabétique avéré au cours de la réparation d'une fracture de jambe ne doivent pas entrer en ligne de compte.

En résumé, il suffira pour établir le taux d'incapacité, d'additionner toutes les conséquences directement ou médiatement imputables à l'accident, sans faire intervenir dans le calcul l'existence du tabès;

2° Il s'agit d'un tabès latent révélé à l'occasion d'un accident.

Si la lésion accidentelle évolue normalement, il n'y a pas à tenir compte du tabès, mais si elle se trouve influencée par lui, il faut faire entrer en ligne de compte toutes les conséquences de l'accident, soit qu'elles dérivent normalement du traumatisme, soit qu'elles dépendent de l'état tabétique aggravé par le traumatisme.

Crouzon a rapporté l'observation d'un ouvrier qui eut un vertige et fit une chute de trois mètres ayant entraîné une perte de connaissance, des plaies contuses de la tête et des contusions multiples. Ce vertige paraissait dû à une intoxication oxycarbonée légère, le blessé travaillant dans une usine à gaz. Deux mois après l'accident, l'accidenté, continuant à se plaindre de vertiges avec céphalée, fut expertisé; on reconnut l'existence d'un tabès.

Il est évident que le tabès existait au moment de l'accident, mais peu importe, en pareil cas, de discuter si celui-ci a été provoqué par un vertige dû à une intoxication oxycarbonée ou par un vertige tabétique. La loi s'applique puisque, du fait de son travail ou au cours de son travail, l'ouvrier a fait une chute.

Quant aux troubles présentés par le blessé, les vertiges et la céphalée pouvaient être rattachés au syndrome subjectif des blessés du crâne et indemnisés s'il y avait lieu. Mais ce point acquis l'expert doit toujours indiquer dans ses conclusions que les autres troubles que le blessé peut présenter ou qu'il présentera dans l'avenir sont imputables à une affection indépendante : le tabès, et sans aucun rapport avec l'accident.

Il existe d'ailleurs un jugement du Tribunal de Bourgoin (23 octobre 1907) refusant de voir une relation de cause à effet entre : une fracture susmalléolaire de la jambe, provoquée par un gros traumatisme et un tabès apparu six mois après. Le Tribunal homologua les conclusions de l'expert, celui-ci avait évalué l'impotence laissée par la fracture à 20 % mais avait dit que le tabès ne paraissait pas devoir être la conséquence de l'accident.

3° Il s'agit d'un accident dû à l'état tabétique du sujet.

Cette catégorie est de beaucoup la plus intéressante par les nombreux problèmes qu'elle est susceptible

de poser et dont le plus important est celui de la réalité de l'accident.

Un ouvrier employé dans une scierie est atteint de tabès avec ataxie des membres supérieurs et diminution de l'acuité visuelle. Ces symptômes expliquent et conditionnent l'accident dont il est victime : il présente mal une pièce de bois à la scie qui lui sectionne complètement trois doigts (Sorel et Riser). Dans ce cas il y a bien accident et l'évaluation doit porter sur toutes les conséquences directes ou indirectes de l'accident.

Mais, dans le cas suivant, on est en droit de rester hésitant : un ouvrier équilibrait un chevalet pour scier du bois, sur un terrain inégal, opération qui, aux dires du blessé, ne nécessitait qu'une dépense insignifiante d'énergie, néanmoins il se fait une fracture du fémur gauche.

Le Tribunal de Narbonne (29 juillet 1913) a pourtant admis le blessé au bénéfice de la loi. (*Juri. Clas.*, FC 1605 Rg.)

« Attendu que l'accident se définit : une lésion corporelle provoquée par l'action subite et violente d'une cause extérieure;

« Attendu que cette cause extérieure peut être minime et hors de proportion avec l'effort, si le sujet est atteint de tares, vices de tempérament ou prédisposition; mais qu'elle n'en existe pas moins, et qu'il est de jurisprudence constante que le patron réponde de toutes les conséquences de la blessure sans qu'il y ait à tenir compte, même pour une simple réduc-

tion, des antécédents ou des états morbides constatés... »

En voici un deuxième exemple : un homme de 42 ans sent, en tournant la manivelle de son auto, une vive douleur de son genou droit et tombe. Après une période de quelques semaines, où des phénomènes inflammatoires douloureux de l'articulation sont attribués à une entorse avec arrachement ligamentaire, tout s'apaise. 17 mois plus tard, le sujet est porteur d'une volumineuse arthropathie. L'interrogatoire révèle l'existence du tabès antérieurement à l'accident. (Verger et Lande.)

Le rapport d'expertise concluait : « Les circonstances de l'accident ne peuvent s'expliquer de façon satisfaisante que par l'existence préalable d'une prédisposition créée par des lésions latentes de nature tabétique au niveau du genou lésé. »

Le Tribunal de Saintes dit dans ses attendus :

« ...C'est l'effort accidentel, pour mettre en mouvement la manivelle du moteur de son auto qui a été la cause de la lésion, lésion qui ne devait pas nécessairement se produire par la seule évolution de l'état antérieur qui pouvait rester indéfiniment latent; qu'en appliquant les termes mêmes de l'article 1er de la police, il y a bien eu en l'espèce un cas fortuit dû à une cause extérieure violente, instantanée et indépendante de la volonté de M. X... »

Ce jugement a été confirmé par un arrêt de la Cour de Poitiers; il a d'autant plus d'intérêt qu'il ne s'agissait pas d'accident du travail mais d'une assurance

individuelle dont les clauses excluaient les conséquences d'un état antérieur. Il apparaît donc qu'il y a lieu d'appliquer aux accidents dus à l'état tabétique du sujet, les mêmes règles que dans les deux autres cas, c'est-à-dire d'évaluer l'incapacité en tenant compte de la lésion accidentelle et de ses conséquences directes ou indirectes.

En résumé, il faut considérer les tabétiques victimes d'un « accident » (au sens large qu'il revêt en ce cas), au cours ou à l'occasion du travail, comme les sinistrés ordinaires, l'évaluation portant sur toutes les conséquences directes ou indirectes de l'accident, mais non sur la maladie elle-même.

Le taux de l'incapacité variera selon les phénomènes présentés par le blessé; il est souvent difficile à évaluer, surtout lorsqu'il s'agit de phénomènes purement subjectifs, comme les douleurs, qui ne sont contrôlables par aucun symptôme objectif.

Quant à la date de la consolidation, elle est délicate à évaluer lorsque l'on se trouve en présence d'une lésion à allure évolutive comme une arthropathie. Il n'est pas possible de formuler de règles précises; néanmoins, il semble raisonnable de consolider sitôt les accidents aigus terminés et dès qu'il est possible au médecin de se rendre compte du degré d'invalidité : quand, par exemple, le blessé atteint d'une arthropathie commence à marcher avec ou sans appareil de prothèse. (Verger et Lande.)

Quant aux aggravations pouvant se produire avant l'expiration des délais de revision, elles donnent droit à l'indemnisation du moment qu'elles ont un rapport direct ou indirect avec l'accident. Mais toutes les fois que l'aggravation résulte uniquement de l'apparition de symptômes nouveaux habituels dans l'évolution de la maladie et impossibles à relier à l'accident, la revision n'est pas justifiée.

Paralysie générale.

Les rapports de la paralysie générale et du traumatisme ont suscité bien des travaux, bien des communications qui se sont efforcés de mettre en valeur le traumatisme comme facteur déterminant de la maladie.

Le premier travail intéressant sur la question est la thèse de Vallon (1882), puis celle de Froissart (1907), il faut citer également à la même époque l'étude de Ribierre (1907). Cette question a été à l'ordre du jour du Congrès des aliénistes et des neurologistes de Lille en 1906, à celui des médecins légistes en 1911, enfin elle a été étudiée par Regis dans son *Précis de Psychiatrie.*

Pendant la guerre, le 15 décembre 1916, la Société de Neurologie s'en est occupée, après lecture des rapports de Dupré et J. Lépine, et leur discussion par Thomas, Delmas, P. Marie et Dabout, l'assemblée arriva aux conclusions suivantes : « L'influence de la syphilis a été reconnue comme la cause essentielle de la maladie et on n'envisageait comme pouvant être

imputable à la guerre que les cas exceptionnels où un traumatisme encéphalique pouvait être légitimement invoqué dans l'accélération ou l'aggravation de la maladie. »

La guerre semblait devoir trancher la question, il n'en fut rien, malgré le surmenage et les traumatismes de toutes sortes, le nombre des paralytiques généraux n'a pas augmenté. Aussi, après la fin des hostilités, les discussions reprirent-elles, et de nombreux travaux furent encore publiés, parmi lesquels nous citerons notamment ceux de Klauder, Max michaël, Crouzon et R. Bernard.

Il en ressort qu'actuellement l'accord est réalisé sur un point : le traumatisme ne peut à lui seul, sans le concours de la syphilis, créer une paralysie générale.

Mais, si la syphilis est considérée comme le facteur le plus important, sinon le seul capable de provoquer le développement d'une paralysie générale, sur le rôle exact du traumatisme les auteurs restent divisés.

Certains admettent qu'un traumatisme cranien violent peut provoquer une paralysie générale chez un syphilitique (Crouzon, Klauder, Duvoir), tandis que d'autres, et en particulier Max Michaël, nient énergiquement le déterminisme exclusif du traumatisme et lui reconnaissent simplement un rôle révélateur ou aggravateur.

Mais actuellement, si la preuve scientifique de l'action ou de la non-action du traumatisme sur une paralysie générale est loin d'être faite, il n'en reste pas

moins que, dans un très petit nombre de cas, le traumatisme paraît jouer un rôle indéniable ou tout au moins troublant aussi, l'expert, quelles que soient ses opinion personelles, n'est pas autorisé à nier la possibilité d'un tel fait.

La question s'est d'ailleurs, à maintes reprises, posée devant les tribunaux, et il ne s'agit plus à l'heure actuelle, de discuter de façon purement scientifique sur les rapports de la paralysie générale et du traumatisme, il s'agit pour les experts de dire au tribunal si la paralysie générale, dans un cas donné, a pu être déterminée ou influencée par un traumatisme et par conséquent s'il y a lieu ou non à indemnité.

Nous allons donc, d'après l'ensemble des travaux publiés, préciser les données qui, en médecine légale, permettent d'établir la relation de cause à effet entre un traumatisme et une paralysie générale. La tâche de l'expert sera d'autant plus délicate qu'il pourra rarement s'entourer de toutes les garanties possibles, qu'il ne pourra pas toujours obtenir les examens biologiques nécessaires, aussi dans tous les cas devra-t-il être d'une prudence extrême. La vraisemblance de la relation de causalité sera surtout grande lorsque l'expert aura pu établir les points suivants :

1° Au moment de l'accident le sujet était dans son état habituel de santé mentale et n'avait présenté précédemment ni troubles cérébraux, ni modifications suspectes de l'intelligence et du caractère.

Or rien n'est plus difficile que de fixer d'une façon précise le moment où a débuté le processus de la paralysie générale. Dans la majorité des cas, au moment où se pose la question médico-légale, la paralysie générale est en pleine évolution. Il faut donc juger sur des commémoratifs dont les éléments sont empruntés à l'entourage même du malade, c'est-à-dire aux plus mauvais juges qui soient de ce problème si délicat, car ce sont les personnes le plus étroitement en rapport avec le malade qui s'aperçoivent le plus tardivement des modifications psychiques qu'il présente. (Dupré.)

Il convient également de faire état de toutes les pièces portant mention de l'aptitude professionnelle du malade (certificats de travail) et de son état de santé avant l'accident (certificats médicaux). Mais les témoignages des médecins eux-mêmes, dont la culture psychiâtrique ne répond pas toujours aux obligations d'une tâche si délicate, n'ont pas, dans tous les cas, la force démonstrative que l'expert pourrait être tenté de leur attribuer. Celui-ci peut donc être égaré par les renseignements erronés que fournissent les témoins du début de la maladie, que leur erreur soit — et c'est le cas le plus fréquent — inconsciente et de bonne foi, ou qu'elle soit volontaire et dictée par un intérêt pécuniaire;

2° L'accident lui-même n'a pas été provoqué par la maladie.

C'est là un point souvent difficile à établir, sur lequel il appartiendra à l'expert de rechercher dans quelles circonstances est survenu l'accident et de déterminer, lorsque cela sera possible, s'il n'a pas été la conséquence directe des troubles mentaux ou somatiques présentés par le malade (Klauder). Il n'est pas nécessaire d'insister sur les difficultés souvent insolubles que soulèvera cette partie de l'expertise;

3° Le caractère et l'intensité du traumatisme ont une grande importance.

On admet en général que le traumatisme doit être suivi de troubles commotionnels (semi-coma, confusion mentale légère, vertiges, amnésie globale). Mais l'intensité des troubles commotionnels admis est variable comme aussi la nature et l'intensité du traumatisme : certains exigent un gros trauma cranien avec fractures ou tout au moins ecchymoses considérables, alors que, pour d'autres, la fatigue, le surmenage, une forte émotion (Klauder) peut suffire, comme aussi la commotion électrique. On voit quelle est la marge qui demeure entre ces extrêmes;

4° Il n'existait, immédiatement après l'accident, aucun symptôme de paralysie générale.

C'est-à-dire que, lors du premier examen médical, et l'on voit encore ici toute l'importance du certificat initial, le médecin a constaté l'intégrité du système nerveux.

Il est malheureusement exceptionnel que le certificat initial fournisse ces renseignements;

5° Il faut que l'apparition des symptômes spécifiques de la maladie ne soit ni trop précoce, ni trop tardive, et il faut constater, dans la période intercalaire, des symptômes qui puissent jalonner l'évolution du processus morbide.

L'on sait en effet que le début de la paralysie générale est extrêmement insidieux : on voit les accidents se développer peu à peu, d'abord isolés puis de plus en plus nombreux, groupés enfin en un syndrome caractéristique ne s'édifiant qu'au bout de longs mois.

Aussi, lorsque des signes évidents de paralysie générale se manifesteront quelques jours ou quelques semaines après le traumatisme, on peut affirmer que la maladie existait latente avant l'accident, et que celui-ci a aggravé les manifestations, les a rendues plus évidentes.

Lorsqu'au contraire plusieurs mois ou plusieurs années (en général deux à trois ans) après le traumatisme l'existence d'une paralysie générale s'affirme, mais qu'elle est reliée au traumatisme par une série de petits accidents nerveux ou psychiques qui en eux-mêmes n'offraient rien de caractéristique, et dont la nature ne s'éclaire que le jour où la paralysie générale se révèle, on peut admettre l'influence du traumatisme.

Lorsque, par contre, la paralysie générale n'apparaît que plusieurs années après le traumatisme et

que la période intercalaire a été absolument exempte d'accidents, la plus grande réserve est nécessaire et l'on ne peut que suivre la conduite de Thoinot lorsqu'il écrit : « Nous ne voulons pas affirmer que la paralysie générale n'y puisse s'y rattacher (au traumatisme), car on ne saurait nier absolument la latence possible du travail pathologique cérébral préparatoire, mais l'affirmer en expertise nous semble bien aventureux. »

Nous n'insisterons pas sur la nécessité d'affirmer l'intégrité de la période intercalaire qu'après une enquête des plus minutieuse. Celle-ci offre les mêmes difficultés que celle qui permet parfois de déceler le premier signe de la paralysie générale avant le traumatisme, le même esprit critique, la même impartialité doivent présider à l'une et à l'autre.

Si, dans chaque affaire, l'expert peut réunir ces cinq points le rôle de l'accident dans l'éclosion de la maladie paraîtra, sinon démontré, du moins très vraisemblable et l'indemnité sera calculée en tenant compte uniquement de la réduction de salaire entraînée par la diminution de la capacité professionnelle.

Indemnisation.

Pratiquement on sera en présence de trois éventualités :

1° La paralysie générale était en pleine évolution au moment même du traumatisme, lequel a été fréquemment conditionné par la maladie elle-même.

Pas d'indemnisation, sauf lorsque les conditions du travail auront aggravé les conséquences de l'accident, qui sans lui aurait été bénin : par exemple, un paralytique général au début fait un ictus; or il se trouve sur un échafaudage, tombe sur le sol et meurt des suites d'une fracture du crâne;

2° La paralysie générale s'est révélée quelques jours ou quelques semaines après le traumatisme.

On ne peut soutenir que le rôle du traumatisme soit absolument négligeable, même s'il semble minime, si par la suite la maladie jusqu'alors latente a évolué avec rapidité, il faut alors reconnaître à l'accident un rôle aggravateur;

3° La paralysie générale n'est apparue que plusieurs mois ou plusieurs années après l'accident. Le rapport de causalité doit être admis si le sujet était en bonne santé avant le traumatisme, si celui-ci a été suffisamment violent, ou tout au moins si la période intercalaire comprise entre le traumatisme et le début apparent de la paralysie générale a été marquée par des accidents nerveux ou psychiques.

Lorsque le paralytique général devra être interné, l'incapacité sera de 100 % mais, en général, le taux alloué n'est jamais supérieur à 60 % (Forgue et Jeanbrau). Ces évaluations n'étant bien entendu applicables qu'en accident du travail, car en droit commun faire indemniser intégralement une paralysie générale serait inadmissible étant donné, en l'état actuel de la science, le rôle hypothétique qu'a joué le trau-

matisme, il faut s'en tenir dans ces cas au chiffre de 10 à 30 % proposé par la Société de Neurologie en 1916.

Mais, même en accident de travail, il faut tenir compte des progrès réalisés par la thérapeutique; or la malariathérapie a considérablement changé l'aspect de la question et il faudrait en tenir compte dans l'évaluation de l'incapacité. Sans partager l'opinion assurément trop optimiste de ceux qui parlent de « guérison » de la paralysie générale, il est certain que, dans quelques cas, les malades ont pu reprendre leurs occupations antérieures, sauf toutefois lorsque leur activité intéresse la sécurité générale (Claude).

Jurisprudence.

La Cour de Toulouse, par un arrêt du 29 novembre 1906, a admis, sur rapport de Regis, André et Dubuisson, la relation de cause à effet entre un accident et une paralysie générale.

Par contre, le Tribunal de Lille a débouté de sa demande, le 4 janvier 1912, la veuve d'un ouvrier mort de paralysie générale onze mois après l'accident. Le blessé avait reçu une barre sur la tête ayant occasionné une plaie insignifiante, guérie en quelques jours. Un mois après, le blessé cesse de travailler, étant atteint de troubles de la parole et de la marche. Les experts concluent à une paralysie générale préexistante depuis un an au moins à l'accident, que ce dernier n'avait fait qu'accélérer très légère-

ment la marche fatale de l'affection. L'autopsie, d'ailleurs, n'avait montré aucune trace de l'accident.

Dans ces conditions, le Tribunal déclara qu'en l'absence de preuves établissant que les troubles dont se plaignait le blessé, ainsi que son décès, étaient la conséquence directe de son accident, il n'y avait pas lieu d'attribuer la rente prévue par l'article 3 de la loi. (*Rec. sp. des Ac. de Tr.*, 1912-13, p. 39.)

Syphilis nerveuses diverses.

Il existe des observations où des syndromes nerveux plus ou moins précis ont été décrits, que les auteurs interprètent comme des syphilis cérébrales ou cérébro-spinales influencées par le traumatisme.

Myélites. — Il arrive qu'à la suite d'un choc violent sur le rachis, un individu présente à plus ou moins brève échéance, des phénomènes d'ordre paralytique ou sensitif dans les membres inférieurs généralement. Fréquemment les experts jugent ces cas comme névroses traumatiques, mais si on examine soigneusement le malade on s'aperçoit parfois que les accidents ont évolué sur un terrain syphilitique et ensuite ont pris les caractères de la paraplégie syphilitique.

Ces erreurs n'ont rien d'extraordinaire, car, en ce qui concerne les lésions syphilitiques, si l'on en excepte les réactions humorales, les autres manifestations cliniques sont très différentes à différencier des lésions traumatiques (Crouzon).

Méningites. — Franz Pollack cite des observations de méningites et de méningo-myélites syphilitiques

post-traumatiques chez des sujets indubitablement syphilitiques et qui ne présentaient aucun symptôme méningé avant l'accident. Dans un de ses exemples le traumatisme incriminé fut une insolation prolongée.

Cet auteur exige un intervalle de quatre semaines au moins entre l'accident et les premiers symptômes; si cet intervalle n'existe pas, il s'agit d'aggravation.

CHAPITRE V

Syphilis en droit commun

A des titres divers et pour des raisons multiples, la syphilis peut être l'occasion d'actions en responsabilité civile : soit qu'il s'agisse de transmission de syphilis, soit d'aggravation d'un état antérieur par un accident.

Transmission de syphilis.

La communication de la syphilis fait subir à celui qui en est la victime un dommage considérable, quoique nulle part elle ne soit mentionnée dans le Code, les principes généraux du droit, et plus spécialement les textes très larges des articles 1382 et 1383 du Code Civil, permettent à la victime de demander réparation au contaminateur. Il lui suffit de prouver que ce dernier s'est rendu coupable d'une faute, d'une imprudence ou d'une négligence ayant permis la transmission de la syphilis à un sujet jusqu'alors indemne de cette affection.

Cette responsabilité civile de l'auteur de la contamination a été consacrée de façon très complète par la jurisprudence française, et il ne paraît pas nécessaire, malgré l'opinion exprimée par certains, d'édicter une loi spéciale pour donner aux victimes le moyen d'obtenir réparation du préjudice à eux causé volontairement ou par imprudence.

Ces affaires sont d'ailleurs fort rares, ceci est dû à ce que, dans un procès de ce genre, le demandeur qui assigne le sujet contaminateur déclare qu'il est atteint de la syphilis et demande à la justice de le constater. Il doit prouver en outre que celui qu'il accuse de lui avoir communiqué la syphilis en est atteint et enfin que sa syphilis a pour origine celle de ce dernier.

En pratique, ce ne sont pas les deux premiers points les plus délicats à établir, c'est le troisième. Or les tribunaux ne peuvent se prononcer que si cette preuve est faite d'une manière indiscutable, ce qui est exceptionnel. Par suite, le demandeur risque fort, si le tribunal lui donne tort, d'en être pour les frais du procès, d'être l'objet d'une demande reconventionnelle en dommages-intérêts pour abus de citation directe ou pour dénonciation calomnieuse; mais, en tout cas, ce qu'il est certain d'obtenir, c'est un certificat de syphilis inséré dans le jugement. Aussi, étant donné la publicité de pareils débats, se trouve-t-il peu de sujets désireux de tenter l'expérience.

Mais dans les cas où l'on n'a pas à redouter que l'opinion publique sache comment on a contracté la

syphilis, lorsque le mode de contamination n'a rien que d'honorable et d'avouable, les victimes n'hésitent pas à provoquer un procès susceptible de leur procurer une juste réparation pécuniaire. C'est pourquoi depuis fort longtemps, parmi les syphilis d'origine extra-génitale, certaines ont eu plus spécialement le privilège de pouvoir être la cause d'action en responsabilité civile. Fait nouveau, dans ces dernières années, on a vu des malades atteints de syphilis d'origine génitale ou vénérienne demander des dommages-intérêts au contaminateur.

D'une façon générale, ces actions ne sont intentées qu'à l'occasion d'une syphilis rentrant dans l'une des catégories suivantes :

1° Syphilis transmise par les rapports sexuels;

2° Syphilis transmise au cours de l'allaitement.

Nous allons envisager successivement ces différentes catégories, à chacune d'elles correspond une jurisprudence spéciale.

1° *Syphilis transmise par les rapports sexuels.*

Si les syphilis d'origine vénérienne sont les plus fréquentes dans la pratique médicale, ce sont elles qui donnent le moins souvent lieu à des procès civils. L'immense majorité des sujets contaminés hésitent, nous en avons vu les raisons, à engager de pareils procès d'autant plus que dans ce cas particulier ils peuvent craindre de voir soulever l'exception *ob turpem causam*. Ceci explique pourquoi les actions en responsabilité civile pour syphilis transmise par des

rapports sexuels sont extrêmement rares. Les jugements auxquels elles ont abouti n'en sont que plus intéressants et, malgré leur petit nombre, ils suffisent à fixer la jurisprudence.

Une division s'impose ici, il faut considérer séparément les cas où la contagion s'est réalisée entre époux ou en dehors du mariage.

a) Epoux.

Presque toujours il s'agit de la contamination de la femme par le mari, celle-ci peut dans certaines conditions constituer une injure grave, ou un sévice et, à ce titre, justifier une demande en séparation de corps ou en divorce.

La victime peut également, soit au moment du divorce, soit ultérieurement, obtenir l'allocation de dommages-intérêts ou d'une pension alimentaire en réparation du préjudice qui lui a été causé.

Un arrêt de la Cour de Bordeaux (11 mars 1892. D. 1892-2-412), confirmé par la Cour de Cassation (D. 1893-1re-126), a condamné un mari à payer une pension alimentaire en se basant sur ce que la « condamnation prononcée contre le mari n'avait pas été uniquement fondée sur les devoirs d'assistance mutuelle que consacre l'article 312 du Code Civil et qui ne peuvent survivre au divorce et à la rupture complète du lien conjugal qu'il entraîne », mais que l'allocation de la pension alimentaire trouvait sa justification dans l'application du principe général de la responsabilité civile qui « oblige le mari à réparer

le dommage qu'il a commis, qu'après la conversion de la séparation de corps en divorce, le préjudice restant le même, les obligations n'en sont pas modifiées, qu'il suffit de se reporter aux considérations qui ont déterminé le tribunal et la Cour pour se convaincre que la pension allouée a bien le caractère d'une réparation accordée pour le grave préjudice matériel et moral qu'elle a souffert... que le jugement du tribunal et l'arrêt après lui, prennent le soin d'indiquer que la santé de la femme est gravement altérée et que la responsabilité de cette situation douloureuse retombe sur le mari coupable d'un acte honteux, sciemment accompli. »

Un jugement du Tribunal de Compiègne (*Le Droit*, 14 mai 1894), en même temps qu'il prononçait le divorce contre un mari qui avait communiqué à sa femme la syphilis, dont il se savait atteint, accorde à la femme, à titre de dommages-intérêts, une pension :

« Attendu que, par suite de la communication du mal vénérien que lui a faite son mari au début de son mariage, la femme X... voit sa santé, jusqu'alors florissante, compromise pour toujours d'une façon des plus graves; que, de ce chef, elle a droit à une légitime réparation. »

Il nous est impossible de citer tous les jugements ayant accordé des dommages-intérêts aux femmes mariées, un seul fait est à retenir : c'est que la jurisprudence depuis cinquante ans n'a pas varié sur ce point et est maintenant nettement établie[1];

(1) Voir également Cour d'Appel de Paris, 15 Juillet 1932 - *Gaz. Trib.* 29 Nov. 1932, p. 281.

b) Contractée en dehors du mariage, la syphilis peut-elle donner des droits à une réparation civile?

Jusqu'à ces derniers temps et faute d'une décision de justice, les juristes hésitaient. L'individu contaminé, faisait-on remarquer, en acceptant d'avoir des rapports sexuels, s'est volontairement soumis au risque de contamination qui en est le corollaire, il doit le supporter, et il le doit d'autant plus qu'il serait mal venu à invoquer devant un tribunal, pour en tirer bénéfice l' « acte immoral » qu'il a accompli. Cependant, une meilleure analyse a fait écarter ces objections, la théorie du risque accepté n'est pas exacte : lorsqu'un individu sain a des rapports sexuels avec un autre individu, il escompte trouver chez lui le même état de santé. Ce qu'il accepte, c'est d'avoir des rapports sexuels avec un individu sain; quant au risque de contamination, bien loin de l'accepter, il l'écarte de sa prévision.

D'un autre côté, la seconde objection n'est pas plus solide que la première : ce que l'individu contaminé invoque à l'appui de la demande de dommages-intérêts, ce n'est pas l' « acte immoral », les rapports sexuels, mais le fait de la contamination et le préjudice qui en est résulté.

Les tribunaux français ont bien compris la justesse de ce raisonnement et sont ainsi arrivés à accorder des dommages-intérêts en cas de contamination fautive entre amant et maîtresse.

La première décision de ce genre a été rendue par le Tribunal de la Seine, le 29 janvier 1903 (*G. P.*,

11 mars 1903), confirmée par la Cour d'Appel de Paris, le 12 janvier 1904 (*D.*, 1904, 2, 157); en voici les attendus :

« Attendu que X... n'est pas plus fondé à soutenir que l'action en dommages-intérêts de la mineure Z... ne serait pas recevable comme ayant pour cause un acte immoral de ladite mineure.

« Attendu en effet, que la demande de Z... n'a pas pour base et pour cause l'acte immoral accompli par la mineure Z... lorsqu'elle s'est donnée à Z... mais la faute odieuse commise par le défendeur qui n'a pas craint de communiquer la terrible maladie dont il était atteint à une enfant de 16 ans, dont il paraît avoir été le premier amant, la demoiselle Z... établissant, par un certificat médical, qu'elle était encore vierge à la fin de l'année 1900. »

En outre le jugement se base, pour établir la responsabilité de l'amant, sur ce « qu'il est établi qu'à la révélation de la maladie contagieuse qui venait d'atteindre sa maîtresse, X... n'a manifesté ni surprise, ni indignation, qu'il a continué avec elle ses relations sexuelles et qu'il a même alors vécu six mois maritalement avec elle... », ne l'ayant abandonnée que lorsqu'elle est devenue enceinte.

Enfin, dernier point, le défendeur alléguait que la communication d'une maladie quelconque ne pourrait constituer une faute que si elle est intentionnelle. Le tribunal réfute ces allégations.

« Attendu que ces conclusions ne sont aucunement fondées, la communication d'une maladie contagieuse

constituant une faute, alors même qu'elle n'a pas eu lieu intentionnellement, et qu'elle résulte d'une imprudence ou d'une négligence de celui qui en est atteint; qu'il résulte suffisamment des circonstances graves, précises et concordantes, plus haut analysées que X... se savait atteint de la syphilis au mois de février 1901 lorsqu'il a eu ses premières relations avec la mineure Z..., qu'il n'ignorait pas le caractère éminemment contagieux de cette dangereuse maladie et qu'il l'a, par sa faute, communiquée à la mineure Z... »

Deux ans plus tard, le 9 mars 1905, un jugement du Tribunal du Havre, confirmé par un arrêt de la Cour de Rouen, du 25 novembre 1905 (*D.*, 1906, 2, 55), consacra définitivement cette thèse.

Ces deux affaires, qui ont établi une jurisprudence nouvelle, montrent que les conditions nécessaires au succès d'une instance de ce genre sont loin de se trouver réalisées souvent. Dans la première affaire, il a fallu la réunion de faits exceptionnellement favorables : la contamination d'une mineure dont un médecin avait été à même de certifier la virginité quelques semaines avant ses premières relations avec l'homme qui devait la contaminer, l'attitude de celui-ci au moment où la syphilis de la femme a été constatée et dans les mois qui ont suivi, circonstances qui se rencontrent rarement réunies pour prouver à la fois l'absence de sens moral chez l'amant, son imprudence et sa responsabilité.

Dans la seconde affaire, les conditions étaient plus favorables encore à la demanderesse qui pouvait prouver par une correspondance remarquablement explicite, non seulement l'existence de la syphilis chez son amant, mais encore les relations chronologiques entre la syphilis de son amant et la sienne et même l'aveu de la contamination fait par l'amant lui-même, les regrets qu'il en avait éprouvés et l'offre qu'il avait fait d'en réparer les conséquences.

Cette reconnaissance par les tribunaux[1] des droits des syphilitiques contaminés en dehors du mariage, malgré son caractère d'exception, a une importance considérable au point de vue social et prophylactique. Nombreux sont en effet les syphilitiques se sachant contagieux et que la crainte d'une contamination ne fait pas reculer devant des rapports sexuels avec des femmes indemnes de syphilis. A ces individus dépourvus de moralité le médecin n'a, parfois, d'autres arguments à faire valoir que l'éventualité d'une répression pénale, d'ailleurs incertaine dans l'état actuel de la législation, ou la possibilité d'une condamnation à des dommages-intérêts envers leur victime. Mais il nous faut remarquer combien celle-ci peut être illusoire, car si elle frappe un individu insolvable elle sera inopérante, si elle s'applique à un individu riche, que lui importera la somme qu'il sera condamné à verser.

---

(1) Voir aussi : Orléans, 4 Mars 1921 *Gaz. Palais* 1921-2-63.
Paris, 9 Mai 1923, *Gaz. Trib.* 24 Juin 1923.
Le Havre, 22 Janvier 1926, *Gaz. Trib.* 1927-2-133.

2° *Syphilis transmise au cours de l'allaitement.*

Bien que, au cours de l'allaitement, la syphilis puisse aussi bien être transmise de la nourrice au nourrisson, que du nourrisson à la nourrice, cette dernière en est incomparablement plus souvent victime que l'enfant allaité et, pour des raisons faciles à comprendre, c'est toujours la nourrice qui intente le procès en responsabilité civile pour transmission de syphilis au cours de l'allaitement.

Ces faits sont connus des juristes; depuis longtemps, la jurisprudence est fixée à leur égard et elle est si bien établie qu'il nous suffira de la résumer rapidement, d'autant plus que cette question a perdu beaucoup de son intérêt par suite de la diminution considérable du nombre des nourrices.

D'ailleurs, actuellement dans le cas des nourrices une distinction de base se pose, certains ont pensé que la loi sur les accidents de travail leur était applicable; or, ce n'est pas toujours exact, voici pourquoi : La loi du 9 avril 1898 ne s'applique qu'autant qu'il y a contrat de travail avec un patron assujetti; en cette matière une nourrice logée, nourrie, payée par un patron, est liée par contrat de travail, elle bénéficie de la loi du 2 août 1923.

Mais une personne qui prend des enfants « à forfait », chez elle, n'est pas sous la dépendance des parents de l'enfant (elle est seulement contrôlée par la Mairie et le médecin inspecteur des enfants en bas âge) et ne bénéficie pas de la loi de 1898 parce que non liée par « contrat de travail ». Elle ne peut

donc se prévaloir éventuellement que du droit commun, plus rigoureux, comme nous le verrons.

Lorsqu'une nourrice saine est contaminée par un nourrisson hérédo-syphilitique, selon les cas, les tribunaux rendent responsables :

1° Les parents, lorsque l'enfant présentait au moment de son placement des accidents non douteux de syphilis héréditaire, s'ils ont négligé de s'assurer, en faisant examiner l'enfant, de la nature d'une éruption dont celui-ci est atteint depuis un certain temps (Paris, 17 janv. 1884. S., 1886, 2, 174) ou lorsque, ayant eu des enfants atteints d'accidents syphilitiques ou d'accidents ayant pu faire craindre une syphilis, ils n'ont pas pris soin de s'assurer de la santé de leur dernier-né (Nice, 29 avril 1914, *Gaz. Trib.*, 16 juillet 1914).

Ils sont encore condamnés lorsque, au cours de l'allaitement, leur enfant est atteint de symptômes de syphilis et que, prévenus par la nourrice de la nature vraie ou supposée de ces symptômes, ils ne font pas examiner leur enfant ou ne le retirent pas à la nourrice (Paris, 11 mai 1905, *Gaz. Trib.*, 23 août 1905).

2° Les Administrations hospitalières, lorsque les enfants placés par elle sont atteints de manifestations syphilitiques au moment même du placement, ou qu'elles ne retirent pas les enfants dès la constatation des accidents syphilitiques. Les tribunaux se montrent même dans l'ensemble, et avec raison, plus exigeants pour elles que pour les particuliers, malgré

qu'elles ignorent souvent l'origine de ces enfants, et ils leur imputent à tort toute négligence dans la surveillance de leurs assistés. Ainsi, un jugement du Tribunal de la Seine (*Le Droit*, 2 juin 1904) a condamné l'Assistance Publique en se basant sur le fait, que si cette administration pût bien justifier d'avoir fait visiter l'enfant avant de l'envoyer en nourrice, il demeura néanmoins établi que la visite avait été faite superficiellement[1].

3° La directrice du Bureau des nourrices, qui a concouru au placement d'un enfant manifestement atteint d'accidents syphilitiques (Lyon, 14 janv. 1853. S., 1853, 2, 473).

4° Le médecin, coupable de ne pas avoir averti la nourrice; nous en parlons au chapitre de la responsabilité médicale.

En résumé, toutes les fois qu'il y a faute, ou qu'il y a simple négligence ou imprudence, la nourrice contaminée obtient des dommages-intérêts, mais c'est à elle d'en fournir la preuve; aussi, dans les cas où elle ne peut prouver la faute, elle est déboutée de sa demande.

Ainsi, une nourrice est contaminée par son nourrisson qui avait présenté des accidents manifestement syphilitiques ayant débuté postérieurement au placement. Les parents niaient tout antécédent syphilitique et ne présentaient, au moment de l'expertise,

(1) Voir aussi : Toulouse, 13 Mars 1890, *Gaz. Trib. du Midi*, 23 Mars 1890.
Paris, 26 Février 1893, *D.* 93-2-189.
Bourges, 14 Avril 1902, *S.* 1902-2-708.

aucun symptôme attribuable à la syphilis. Ne pouvant relever, ni contre l'un, ni contre l'autre d'entre eux, une faute ou une négligence engageant leur responsabilité, les juges déboutèrent la nourrice de sa demande en dommages-intérêts (Cour de Lyon, 2 février 1904. S., 1904, 2., 207).

Cet arrêt, s'il est fondé en droit, est manifestement injuste pour la nourrice, car elle a subi un dommage important, indubitablement du fait de l'enfant qu'elle nourrissait.

C'est pourquoi, en matière de syphilis par allaitement, la loi sur les accidents de travail, lorsqu'elle est applicable aux nourrices, si elle présente certains inconvénients est moins rigoureuse, car elle exige simplement la relation de cause à effet et ne met pas la demande de la nourrice à la merci de la constatation d'une manifestation ou d'une trace de manifestation syphilitique au moment de l'expertise.

L'*expertise*, dans ces cas, consiste à rechercher, quelle que soit la personne mise en cause, si la nourrice est syphilitique et si la maladie lui a été communiquée réellement par le nourrisson.

Rarement l'expert aura l'occasion de constater chez le nourrisson des manifestations assez caractéristiques de l'hérédo-syphilis lui permettant d'établir sans difficulté le diagnostic; en général, au moment où il est appelé, elles sont soit déjà très atténuées ou ont complètement disparu.

Quand les résultats fournis par un examen tardif laissent place au doute, on peut trouver des éléments utiles de conviction et de démonstration dans les renseignements donnés par la nourrice elle-même et par les personnes qui ont vu l'enfant.

Ces renseignements constituent la seule base d'appréciation dans les cas où l'enfant est mort au moment où l'expertise est ordonnée. Mais bien qu'il puisse paraître aisé de reconnaître à travers les descriptions de personnes étrangères à l'art médical : éruptions, coryza, cachexie..., il faut savoir que la valeur de ces renseignements et leur interprétation seront contestées par la partie adverse : le coryza, les éruptions, attribués à une cause banale, la cachexie à une nourriture insuffisante... C'est alors que l'examen des parents du nourrisson peut avoir une grosse importance.

Si les parents ou l'un d'entre eux sont trouvés syphilitiques, si la mère a eu plusieurs avortements ou qu'un des enfants vivants soit syphiltique, il est évident que la nature des accidents présentés par le nourrisson n'est guère douteuse. Si, au contraire, les parents et les autres enfants sont en apparence sains, la syphilis du nourrisson devient sinon inadmissible, du moins improbable. Ainsi Ricord cite le cas d'une nourrice qui présentait un chancre de l'aréole mamelonnaire, sans que l'enfant ait à aucun moment présenté de symptômes syphilitiques, l'enquête lui permit de reconnaître qu'un valet de chambre de la maison avait des plaques muqueuses de la bouche et

que c'était lui qui, par des manœuvres qui n'avaient pas pour but l'allaitement, avait infecté la nourrice.

Enfin, on procédera de même à l'examen complet de la nourrice. Si la nourrice est trouvée syphilitique, il reste à établir qu'elle a bien contracté la maladie par allaitement.

La meilleure preuve qui puisse en être fournie, c'est la présence d'un ou plusieurs chancres sur le mamelon, ou de leurs vestiges, ou encore la production par la nourrice d'un certificat descriptif de son médecin traitant. Dans la majorité des observations, on constate que cette partie de l'examen est rarement négative; cela se comprend du reste facilement, car d'une part l'attention de la nourrice est, en général, assez vite attirée par cette ou ces ulcérations persistantes qu'elle porte autour du mamelon; d'autre part, le chancre a une durée assez longue et après lui subsiste sinon une cicatrice, du moins une tache ou une macule accompagnée d'une induration assez caractéristique, et d'une adénopathie satellite; ces signes pouvant persister pendant plusieurs mois.

Le siège de l'accident primitif étant bien établi, il reste à se demander si le chancre mammaire n'a pas été contracté autrement que par l'allaitement et par une autre source que le nourrisson et si celui-ci n'a pas été la victime. On résout ce problème par l'examen du nourrisson et à l'aide des renseignements recueillis sur la chronologie des symptômes présentés par lui et la nourrice. On retrouve ou non chez le nourrisson la trace d'un chancre et surtout les mani-

festations et l'évolution générale de la syphilis diffèrent sensiblement selon qu'elle est congénitale ou acquise. Ainsi, lorsque l'on constate l'existence d'un chancre du sein, ou de ses vestiges chez la nourrice et que l'on vérifie l'existence de la syphilis chez le nourrisson, on peut affirmer, presque à coup sûr que la syphilis a été transmise par celui-ci à la nourrice. Ce serait, en effet, une explication trop subtile d'admettre qu'une nourrice a pu donner impunément, plusieurs fois par jour, le sein à un nourrisson syphilitique, et contracter pendant ce temps la syphilis par des rapports sexuels.

Si l'enfant est mort, les renseignements plus ou moins incomplets que l'on aura pu réunir sur son état de santé tireront, en général, une signification beaucoup plus nette du fait même de l'existence d'un chancre mammaire chez la nourrice.

Quand la nourrice ne présente plus de traces d'un chancre du sein, on peut cependant encore reconnaître et déclarer que la syphilis lui a été transmise par allaitement s'il est établi par les renseignements recueillis par la nature des signes qu'elle présente, par la bonne santé de ses propres enfants ou, au contraire, par la constatation d'un chancre chez celui qu'elle allaite, que le développement de la maladie s'est effectué chez elle quelque temps après qu'elle a pris un nourrisson étranger et si, d'autre part, ce nourrisson offre des signes d'hérédo-syphilis. Néanmoins, il faut être prudent avant d'affirmer, dans ce cas, qu'il existe un rapport entre la syphilis de la nourrice

et celle du nourrisson; en voici un exemple relaté par Fournier : « Un médecin s'aperçoit, un jour, que son fils est atteint d'hérédo-syphilis, la nourrice se plaint alors d'avoir été infecté et fait assigner son maître. Or, l'enquête démontra qu'elle avait été soignée à l'Hôtel-Dieu quatre mois avant d'entrer à son service, pour accidents syphilitiques. »

Quand, faute de renseignements précis, on conserve des doutes sur la date d'apparition de la syphilis de la nourrice, on doit se demander si elle n'était pas syphilitique avant de prendre le nourrisson et même si ce n'est pas elle qui a communiqué la syphilis à celui-ci. Ce second point peut être résolu par l'examen approfondi de l'enfant et une enquête minutieuse sur ses antécédents personnels et héréditaires. La première question est beaucoup plus délicate, c'est alors qu'il faut recourir à l'examen du mari de la nourrice, mais cet examen n'a qu'une valeur incertaine car, si le mari est syphilitique, il peut avoir été contaminé par sa femme et s'il est sain il est encore permis de soupçonner la nourrice d'avoir contracté la syphilis avec un autre homme...

En résumé :

A la question : « La nourrice est-elle syphilitique? » l'expert ne peut répondre simplement oui, il faut qu'il indique à quelle époque remonte cette syphilis, quel semble avoir été le siège de l'accident initial, quelles sont les lésions constatées.

A la question : « L'enfant est-il syphilitique? » il doit indiquer s'il s'agit d'une syphilis héréditaire ou acquise.

Quant à la relation qui existe entre la syphilis de l'enfant et celle de la nourrice, bien souvent l'expert ne pourra être affirmatif, à moins d'avoir pratiqué son examen dans les premiers mois qui ont suivi l'accident initial. Mais dans tous les cas le rapport d'expertise doit être clair, précis, avec des détails suffisants et, s'il est en géénéral difficile de donner au tribunal une conclusion certaine, cela n'a aucune importance, car c'est à lui de juger et le rôle de l'expert consiste simplement à lui fournir les éléments du jugement (Brouardel).

Indemnisation.

On calculera l'incapacité comme en accident du travail, mais ici, la victime ne touchera pas une rente mais un capital. L'indemnisation sera plus complète car le juge est à même d'apprècier les éléments si complexes qui forment le dommage en pareil cas, c'est-à-dire le préjudice physique et aussi le préjudice moral.

Aggravation d'une syphilis antérieure par un accident.

Le médecin expert peut être appelé, à la suite d'un accident d'automobile, c'est le cas le plus fréquent, à expertiser un blessé. La recherche du rapport de causalité entre l'accident et les troubles constatés procède des mêmes principes qu'en accident du travail et nous n'y reviendrons pas.

Mais pour l'évaluation du dommagè, il y a lieu de faire entre les expertises en matière d'accident du travail et les expertises en droit commun une discrimination importante. Dans le premier cas, les évaluations des experts peuvent être revisées, mais dans la seconde éventualité il n'y a pas de revision possible.

En second lieu, en cas d'accident du travail, l'état antérieur du blessé ne peut être pris en considération, tandis qu'en droit commun il faut distinguer dans les conséquences d'un accident ce qui revient au traumatisme et ce qui résulte d'une maladie préexistante ou d'une prédisposition. C'est là que résident toutes les difficultés quand il s'agit de mettre en « chiffre » la part d'invalidité du traumatisme et celle d'une syphilis même dûment établie et certaine.

Il est, en effet, aisé d'établir qu'un traumatisme a provoqué une arthropathie chez un syphilitique, mais ceci admis, sur quoi se basera l'expert pour dire : l'incapacité de l'arthropathie valant tant, ce chiffre doit se diviser en deux fractions, l'une imputable au traumatisme et l'autre à la prédisposition. Sur quoi se basera-t-il pour chiffrer ces fractions? sur aucun élément scientifique, assurément, les notions de causes occasionnelles prédisposantes ou efficientes encore que très réelles et scientifiquement démontrées n'étant à aucun titre des notions numériques.

La science médicale n'est pas encore en mesure de donner une réponse satisfaisante à ces questions; aussi l'expert ne peut y parvenir que d'une manière purement conventionnelle et arbitraire.

CHAPITRE VI

La responsabilité médicale

De nos jours, la notion de responsabilité s'étend de plus en plus, et il semble qu'au fur et à mesure que la conscience humaine se développe, elle prend de ses droits, sinon de ses devoirs une notion plus nette. La vie matérielle a subi les conséquences des conceptions nouvelles et il en résulte pour les collectivités comme pour les individus tantôt l'institution d'une responsabilité jusqu'alors inexistante, tantôt le développement d'une responsabilité déjà prévue. La profession médicale n'a pas échappé à cette évolution, mais dans la situation nouvelle créée aux médecins, il y a eu plus une cause très importante, à notre avis, c'est l'augmentation considérable de leur nombre qui, jointe aux difficultés de la vie, a entraîné une transformation profonde du cadre dans lequel la médecine s'exerce.

Autrefois, le médecin n'était pas considéré comme un professionnel qui vient faire une visite et, en échange, est payé pour son service. C'était un per-

sonnage qui non seulement donnait soins et remèdes, mais c'était aussi l'ami qui soulageait les misères morales, le confident qui connaissait les joies comme les peines et assistait la famille dans les moments heureux ou malheureux.

S'il est des praticiens qui ont conservé les vieilles traditions et, par suite, le respect de leur clientelè, il en est d'autres, trop nombreux, pour lesquels le désir d'arriver rapidement à une situation brillante, et surtout à la fortune, prime toute autre considération. Ils considèrent leur métier comme une industrie d'un bon rapport, c'est contre cette catégorie de médecins que l'on voudrait voir poser des règles de responsabilité plus strictes et non contre ceux qui, dans l'exercice de leur profession, sont victimes d'accidents causés par leur désir de soulager.

Si nous serons exigeants, c'est pour ces médecins qui, heureusement croyons-nous, constituent la minorité et qui, oubliant le côté noble et humanitaire de leur art, l'abaissent au point de ne plus pouvoir le distinguer d'un véritable commerce. Cela dit, nous ne pensons pas porter atteinte aux bons médecins, auxquels nous devons rendre hommage pour leur droiture et leur conscience professionnelle.

La question de responsabilité médicale s'est posée de tous temps; déjà sous notre ancien droit français les Parlements condamnèrent quelques médecins incapables mais, dans l'ensemble, leur jurisprudence était indécise et ils manifestaient le plus souvent une

tendance à absoudre. Ne lit-on pas, dans un arrêt du Parlement de Paris rendu en 1696 : « Les chirurgiens ne sont pas garans et responsables de leurs remèdes, tant qu'il n'y a que de l'ignorance et de l'impéritie de leur part. » Cette indulgence était due à ce que le principe de la responsabilité n'était pas admis par tous et la faute n'était sanctionnée que lorsqu'il y avait eu intention de nuire.

Dès la promulgation des Codes, les controverses anciennes reprirent toute leur acuité. Mais le 18 juin 1835, un arrêt de la Cour de Cassation rendu sur les remarquables conclusions du procureur général Dupin, dégagea les principes fondamentaux de la responsabilité médicale dont la jurisprudence moderne n'a fait que s'inspirer (S. 1835-1-401). Quelques années plus tard, une nouvelle tentative tendant à l'exonération de toute responsabilité fut encore soutenue, et d'ailleurs rejetée par la Cour de Cassation, dans un arrêt en date du 21 juillet 1862 (D., 1862-1-419), qui pose le principe que les médecins sont soumis au droit commun, « que toute personne, quelle que soit sa situation ou sa profession, est soumise à cette règle (responsabilité à raison de la simple imprudence ou négligence) qui ne comporte d'exceptions que celles qui sont nominativement formulées par la loi; qu'aucune exception de cette nature n'existe au profit des médecins... »

D'ailleurs, nul ne conteste plus aujourd'hui le principe de la responsabilité médicale, ni parmi les mé-

decins, ni parmi les juristes, ni en doctrine, ni en jurisprudence.

Cette responsabilité peut-être pénale ou civile. Les cas de responsabilité pénale sont plus rares que ceux qui engagent la responsabilité civile. Ils reposent sur les articles 319 et 320 du Code Pénal qui sont conçus en des termes très généraux : « Quiconque, par maladresse, inattention, négligence ou inobservation des règlements aura commis ou provoqué involontairement soit un homicile, soit des blessures ou des coups... ». On voit tout de suite que le domaine d'application de cet article est assez restreint. Si l'une des conditions énoncées ne se trouve pas réalisée, soit dans la cause, soit dans l'effet, les articles ne sont pas applicables. Mais la partie lésée, si elle ne peut mettre en mouvement la juridiction pénale, garde cependant le droit de solliciter, en pareil cas, la réparation du préjudice causé, droit que lui accorde les articles 1382 et 1383 du Code Civil qui, en pratique, régissent uniquement la responsabilité civile médicale.

Dans tous les cas, c'est au demandeur qu'il appartient de faire la preuve :

1° De la faute à la charge du médecin;

2° De l'existence du dommage qui lui est causé;

3° De la relation de cause à effet entre la faute et le dommage.

Si ces trois points ne sont pas tous établis, le dommage, et par conséquent la responsabilité, ne peuvent être admis.

Le principe de la responsabilité est inséparable de la notion de faute. La faute est un manquement à une obligation préexistante dont la loi ordonne la réparation quand il y a eu dommage causé à autrui. Tout être raisonnable étant responsable de ses actes, aucune exception n'étant accordée au médecin, il est donc responsable des accidents causés au malade. Mais l'accord est loin d'être réalisé quant à l'appréciation de la faute.

Certains médecins sont convaincus qu'ils n'engagent leur responsabilité qu'en cas de faute lourde, ceci, parce que les tribunaux n'ont, jusqu'à présent, voulu sanctionner que les fautes graves, susceptibles d'une constatation certaine et d'une appréciation positive. Ils se sont toujours montrés exigeants sur le caractère des faits à établir, et le Tribunal civil de Lille, dans un jugement du 13 décembre 1894, n'a-t-il pas décidé que la faute du médecin doit porter sur des faits précis et bien définis, sur lesquels les experts peuvent se former une opinion personnelle sans être obligés de recourir à des témoignages de gens incompétents ou ignorants. (G. P., 1895, 1re sup. 12.)

La médecine est un art tellement conjectural, ne possédant pas encore de nos jours le caractère de certitude catégorique de sciences exactes, qu'il importe de restreindre les limites de la responsabilité médicale. N'est-il pas certaines situations dans lesquelles une simple erreur de conduite ne saurait suffire à engager la responsabilité de son auteur, dans

lesquelles ce dernier ne peutê tre condamné que s'il a commis une faute très grave, une faute lourde?

S'il est vrai que des différences existent à certains points de vue entre la responsabilité encourue pour faute lourde et celle née d'une faute légère, du moins le principe est-il qu'une faute légère peut toujours, comme une faute lourde, engager la responsabilité civile. La Cour de Cassation n'a jamais hésité sur ce principe; elle n'admet pas qu'une faute n'oblige pas son auteur à réparation, sous le prétexte qu'elle n'est pas suffisamment grave; pour elle, la simple imprudence ou négligence donne lieu à réparation (Cass., 29 nov. 1920 — G. P. 1920-1-68).

Ainsi, si la faute légère était précisée et définie, et qu'elle ait indubitablement causé un dommage, la responsabilité du médecin serait vraisemblablement admise.

D'autre part, quand ils étudient la responsabilité médicale, la majorité des auteurs estime qu'une distinction capitale doit être faite, qu'il existe deux séries de fautes. La faute dont l'exercice de la profession médicale ne sera que l'occasion, tenant beaucoup plus à l'homme qu'au médecin, leur auteur se serait vraisemblablement rendu coupable de manquements analogues dans l'exercice de n'importe quelle autre profession (délivrance à la légère de certificats médicaux, violation du secret professionnel, erreur matérielle, distraction et aussi traitement audacieux...), dans ce cas, le médecin est responsable selon le droit commun. Ou bien il a manqué aux règles scientifi-

ques, sa faute est alors professionnnelle et le médecin ne répond que de la faute lourde.

Cette théorie a contre elle la difficulté de distinguer la faute ordinaire de la faute professionnelle et de plus elle ne repose sur rien. Pourquoi le médecin ne pourrait-il engager sa responsabilité que par une faute lourde? On répond généralement : parce qu'il faut lui laisser une grande liberté, parce qu'il est nécessaire qu'il n'ait pas la crainte constante d'engager sa responsabilité. Sans doute, cette objection a une valeur que nous ne songerons pas à contester, mais il importe aussi de sauvegarder les malades, de ne pas les laisser à la merci de médecins ignorants ou imprudents.

Aussi lorsque sur un point précis s'est réalisé l'accord des autorités scientifiques, le praticien ne doit pas hésiter, ni discuter : il doit suivre la méthode usuelle, à moins qu'un fait spécial ne vienne la contre-indiquer. Ce n'est que dans les cas douteux qu'il reste libre d'employer le procédé qui lui semble le plus propre à sauvegarder les intérêts du malade.

Evidemment, il y a en médecine des faits incertains et insaisissables, des cas d'urgence, qui ne peuvent devenir des sources de responsabilité. Mais il ne faut pas oublier qu'il y a, par ailleurs, des règles fondamentales et des vérités acquises unanimement reconnues auxquelles le médecin ne saurait déroger sans commettre une faute. Comme le dit l'arrêt de 1862, le juge ne doit pas s'immiscer « témérairement dans l'examen des théories ou des méthodes médi-

cales, et prétendre discuter des questions de pure science; mais il est des règles générales de bon sens et de prudence auxquelles on doit se conformer, avant tout, dans l'exercice de chaque profession, et que sous ce rapport, les médecins restent soumis au droit commun comme tous les autres citoyens... ».

Ainsi, la Cour recommande aux juges, du fait de ne pas prendre parti dans des controverses médicales, de ne pas se prononcer pour telle école contre telle autre.

De plus, l'arrêt n'interdit nullement aux juges de condamner un médecin qui n'a commis qu'une faute légère, même si cette faute a un caractère médical très marqué, il déclare formellement au contraire que le médecin n'est soumis à aucune règle exceptionnelle. La Cour de Cassation veut seulement que les juges n'affirment pas qu'il y a une faute là où ils ne sont pas à même d'en reconnaître l'existence, elle leur rappelle que la réalité de cette faute doit être établie avec certitude. Les juges se renseignent en ayant recours à une expertise confiée à des personnes compétentes. Si l'arrêt de 1862 n'y fait pas allusion, c'est parce que, à cette époque, la nomination d'experts était une mesure assez rarement employée. Aujourd'hui, il n'en est plus de même, tous les jours les tribunaux font appel à l'avis des « hommes de l'art ». Mais il importe de remarquer que les juges ne sont pas tenus de suivre cet avis, ils peuvent condamner malgré que les experts, découvrant une faute, aient dégagé la responsabilité du médecin, sous prétexte

que cette faute n'était pas suffisamment grave; souvent aussi les tribunaux n'ont pas suivi les experts lorsque ceux-ci, dans une même affaire, émettaient des opinions différentes. (Rouen, 6 mai 1931. — *Rec.*, Rouen et Caen, 1931, p. 32.)

D'une façon générale, les juristes trouvent que les médecins-experts ont une tendance fâcheuses à exonérer leur confrère, qu'il faut en fait une faute professionnelle grave pour que la responsabilité d'un médecin soit engagée sur avis conforme de l'expert. Cette indulgence apparente vient de ce que les experts comprennent mieux que les juges certaines difficultés de la pratique courante, et surtout qu'ils hésitent, en formulant des conclusions défavorables, à provoquer une condamnation susceptible de créer ultérieurement une présomption de culpabilité dans des circonstances déterminées.

Mais dans toute profession, il y a des indignes, aussi l'expert doit savoir être sévère quand il le faut. Son devoir est de renier ceux qui, par leur improbité ou leur cupidité, souillent l'honneur professionnel, ceux qui, par leur paresse pendant leurs études ou leur indifférence aux progrès de la science au cours de leur pratique se sont exposés à commettre des fautes; les premiers méritent le mépris, les autres peuvent être plaints mais non excusés et, lorsque les tribunaux leur demandent des comptes, le devoir de l'expert n'est pas de les défendre.

La responsabilité du médecin obéit aux règles générales du moment qu'il a commis une faute, quelle qu'en soit sa nature : professionnelle ou non, quelle qu'en soit sa gravité : légère ou lourde, il peut être tenu d'en réparer les conséquences. Mais le médecin expert n'a qu'une question à résoudre : un médecin prudent placé dans les mêmes conditions externes aurait-il agi comme l'auteur du dommage?

Clauses de non-responsabilité.

Cette question n'offre pas un intérêt considérable dans l'état actuel de nos mœurs, car nous ne parvenons que difficilement à nous représenter le geste d'un médecin, faisant signer à un malade, avant de le soigner, une renonciation au droit qu'il aurait, le cas échéant, de le poursuivre devant les tribunaux.

Avant tout traitement le médecin doit obtenir le consentement de son client. Par l'autorisation qu'il donne, le malade s'engage à ne pas reprocher à son médecin les conséquences dommageables pouvant survenir au cours d'un traitement indispensable ou même utile. Mais la convention par laquelle un malade déchargerait de toute responsabilité son médecin dans l'institution d'un traitement ne serait pas valable : dans ce cas, si le médecin n'est pas tenu à réparation, c'est alors parce qu'il n'a aucun faute à se reprocher et non parce qu'il a stipulé l'irresponsabilité de sa faute.

L'intérêt général exige qu'une grande prudence soit observée; or la clause d'irresponsabilité permet-

trait à son bénéficiaire toutes les négligences ou toutes les audaces et l'on assisterait à ce spectacle de fautes graves demeurées sans sanctions parce qu'une initiative privée aurait empêché l'action publique de s'exercer. C'est pourquoi, en France, une jurisprudence très ancienne, et absolument constante, annule toute convention exonérant par avance une personne de sa responsabilité pénale (Cass., 15 déc. 1837, S. 37-1er-465) ou civile (Cass., 31 déc. 1900, *Pand. fr.*, 1901-1er-196).

Le médecin ne peut donc éluder, de cette façon, la responsabilité que la loi fait peser sur lui. Aucun procédé n'existe pour lui permettre d'éviter la responsabilité pénale et, lorsqu'elle est encourue, il ne peut d'aucune façon se dispenser de l'assumer. Par contre, comme une responsabilité civile se résout toujours par l'attribution de dommages-intérêts à la partie lésée, il a la faculté de s'assurer à une Société garantissant spécialement ce genre de risque.

***

Les cas dans lesquels la syphilis est susceptible d'engager la responsabilité du médecin sont nombreux et complexes. Nous envisagerons successivement les cas de contamination du malade, les erreurs de diagnostic, les accidents au cours du traitement; nous ne parlerons pas ici du secret médical qui a été étudié dans divers chapitres.

Transmission de la syphilis par le médecin.

Lorsque le médecin reçoit la syphilis de son malade, il est victime le plus souvent de sa négligence, parfois de son devoir quand l'urgence l'a empêché de prendre certaines précautions élémentaires; dans ces deux éventualités, il n'a aucun recours contre son client.

Il n'en est pas de même lorsque le médecin infecte son malade et les procès de cet ordre sont assez fréquents. Il faut distinguer les cas de contaminations volontaires ou involontaires.

1° *Contamination volontaire.*

La syphilis a été inoculée volontairement, dans un but expérimental, un grand nombre de fois. Mais, pour cela, il a fallu que les médecins s'arrogeassent le droit de communiquer une maladie dont ils sont loin parfois de pouvoir arrêter les désastreuses conséquences. La victime d'une telle expérience peut réclamer une indemnité pécuniaire au médecin qui, de plus, tombe sous le coup des articles 309 et suivants du Code Pénal comme ayant provoqué volontairement des blessures ou des coups ou autres violences ou voies de fait.

Il n'existe, en France, qu'un cas de ce genre ayant entraîné pour ses auteurs des sanctions pénales. En 1859, à Lyon, un interne de l'hospice de l'Antiquaille, nommé Guénot, inocula, avec l'autorisation de son chef de service, Gailleton, à un jeune teigneux, de la sérosité provenant de plaques muqueuses. Le but poursuivi, d'ordre uniquement scientifique, était de

constater les phénomènes qu'une semblable inoculation était susceptible de provoquer.

Des articles parus dans diverses publications médicales relatèrent l'expérience et les observations auxquelles elle avait donné lieu. Le ministère public eut son attention attirée par la révélation d'un fait aussi grave et intenta des poursuites correctionnelles à Guénot et Gailleton sur la prévention de blessures faites volontairement et par pure curiosité scientifique.

Les prévenus alléguèrent que l'article invoqué (art. 311) ne concernait pas le fait qui leur était reproché; le tribunal répondit sur ce point : « Attendu que, par l'expression qu'elle a employée, la loi entend toute lésion, quelque légère qu'elle soit, ayant pour résultat d'intéresser le corps ou la santé de l'individu... »

Les autres considérants du jugement sont très intéressants car il expose le point de vue de la jurisprudence sur l'expérimentation médicale. Les prévenus faisant remarquer qu'ils n'avaient pas eu la pensée de nuire, la pensée malveillante, le tribunal répondit : « Attendu que, pour qu'il y ait délit, il n'est pas nécessaire que l'auteur ait eu le dessein caractérisé et déterminé d'agir méchamment par haine ou par vengeance, mais qu'il suffit qu'il ait agi en connaissance de cause et avec l'intention de satisfaire, au risque de nuire, soit l'intérêt de sa renommée, soit même une passion purement scientifique et désintéressée. »

Enfin les prévenus déclaraient qu'ils n'avaient pas eu un but purement expérimental mais qu'ils avaient eu principalement pour mobile la guérison du malade, le tribunal : « Toutes les fois que, dans l'application d'une méthode curative nouvelle, le médecin aura eu essentiellement pour but la guérison du malade et non le dessein d'expérimenter, il ne relèvera que de sa conscience...; mais tout dans la cause démontre que la pensée dominante des prévenus, leur but principal a été de résoudre, au moyen d'une expérience, la question médicale, qui faisait l'objet de vives controverses; que, si, accessoirement, ils ont pu se dire que l'opération pratiquée par eux pouvait éventuellement être favorable à la guérison de l'enfant déjà atteint de la teigne, cette réflexion n'est venue que dans un ordre d'idées très secondaire. »

Ils ne furent condamnés qu'à l'amende, mais, s'il était résulté de leur expérience une incapacité de travail supérieure à vingt jours, ils encouraient, en vertu de l'article 309, un emprisonnement de deux à cinq ans (15 décembre 1859, D. 1859-3-87).

A la suite de faits révélés au procès de Lyon, le Parquet de Paris ouvrit une enquête contre Gibert qui, rapporteur d'une Commission de l'Académie de Médecine, avait inoculé la syphilis à cinq lupiques réputés incurables. Ici le but expérimental était évident; cependant, Tardieu, chargé du rapport, au lieu de chercher à légitimer l'acte de son confrère, eut l'habileté d'insister sur ce point que les inoculations avaient amené quelque amélioration dans l'affection

dont étaient atteints les malades, et le Parquet abandonna les poursuites.

Cette abstention est certainement en opposition avec la doctrine de Lyon et montre combien il est délicat de reconnaître si l'inoculation a eu pour but un résultat thérapeutique plutôt qu'une recherche scientifique.

Il est intéressant de remarquer à cette occasion que l'impaludation d'un paralytique général ne saurait entraîner pour son auteur des poursuites, car elle est faite en vertu de remarques scientifiques précises et dans le but d'améliorer le malade.

2° *Contamination involontaire.*

Assez fréquemment, des malades se plaignent d'avoir été infectés, soit directement par le médecin, soit indirectement, c'est-à-dire par l'intermédiaire d'instruments, par certaines méthodes thérapeutiques comme la transfusion sanguine.

Et même la responsabilité du médecin peut se trouver engagée quand on lui reproche de n'avoir pas empêché par son intervention, chez une nourrice ou un nourrisson, une transmission qui s'est faite en dehors de lui.

Il est possible que, de bonne foi, certaines personnes imaginent que le médecin qui a eu des contacts manuels fréquents avec le malade, ou qui a introduit dans le corps des instruments ou certaines substances, lui ait apporté ainsi le germe de la maladie. Sans doute, il existe des cas où le médecin néglige le nettoyage de ses instruments, d'autres où la

même maladie se retrouve exactement chez plusieurs de ses clients. Mais, dans toutes ces affaires, les experts et les tribunaux sont dans l'obligation de se montrer extrêmement réservés en ce qui concerne les preuves à admettre au sujet de la communication de la syphilis par le médecin.

L'expertise ne sera pas soumise à des règles que l'on puisse formuler d'une façon générale, le médecin trouve dans les connaissances qu'il possède sur l'évolution de la syphilis et les circonstances de chaque cas particulier les éléments nécessaires pour baser sa conviction et sa démonstration. Des présomptions ne suffisent pas à établir la responsabilité du médecin, il est indispensable de prouver non seulement l'existence du mal mais aussi la relation de cause à effet entre les actes du praticien et les conséquences dommageables dont le malade se plaint.

L'expert a le devoir d'apporter la plus grande méfiance aux témoignages, les uns intéressés, les autres passionnés, qui ont une tendance instinctive à mettre à la charge du médecin les fautes qui proviennent des négligences de l'entourage, ou plus souvent encore des imprudences du malade lui-même.

a) Le médecin syphilitique contamine son client.

Il existe des exemples relativement nombreux où le médecin porteur d'un chancre du doigt continue d'exercer et contamine ses clients. Il n'est pas douteux qu'il commet alors une imprudence ou une négligence, et qu'il soit passible non seulement de dom-

mages-intérêts mais aussi de peines correctionnelles. La majorité de ces cas n'ont pas été portés devant les tribunaux, mais on peut cependant citer plusieurs jugements à ce sujet.

Bardinet a rapporté l'histoire d'une sage-femme de Brive qui avait été accidentellement contaminée dans l'exercice de son métier et était atteinte d'un chancre du doigt. Connaissant son mal, elle n'en continua pas moins à faire des accouchements pendant plus d'un an et infecta ainsi quinze femmes, neuf maris et dix enfants dont trois périrent; avec les cas non constatés officiellement, il y eut une centaine de victimes. Le tribunal de Brive, par jugement du 28 mars 1874, déclara la sage-femme coupable d'homicide par imprudence, de coups et blessures involontaires, d'exercice illégal de la médecine et la condamna à deux ans de prison et cinquante francs d'amende.

Brouardel raconte qu'en Angleterre, un médecin fort connu avait au doigt une légère écorchure lorsqu'il accoucha la femme d'un de ses amis. Quelques jours après, il s'aperçut que cette ulcération était un chancre, il prévint son ami aussitôt, lui indiquant les précautions à prendre. L'accouchée ayant été contaminée, l'affaire vint devant les tribunaux et l'accoucheur fut condamné à trois mille livres d'amende.

Au point de vue médical, ce médecin était bien peu coupable lorsqu'on sait combien est difficile le diagnostic de chancre du doigt; d'autre part, sa conduite avait été parfaitement correcte.

⁂

A propos d'une affaire de ce genre la question peut se poser de savoir si un médecin peut continuer à exercer quand il est atteint de lésions syphilitiques contagieuses des mains dont le diagnostic a été posé. Brouardel répond sans hésiter par l'affirmative du moment que le médecin emploie « soit des gants, soit tout autre moyen sérieux de protection ». Nous ne sommes pas de son avis et pensons que, pendant toute la durée de l'accident contagieux, surtout s'il siège au doigt, le médecin doit cesser d'exercer. Ceci d'autant plus que la période contagieuse, dont nous avons parlé au chapitre des accidents du travail, se trouve actuellement très réduite du fait des traitements modernes.

Cette façon de voir a été implicitement reconnue par la jurisprudence. Un jugement du tribunal correctionnel de Dijon, en date du 31 décembre 1901, a accordé une indemnité à un médecin qui avait été non pas contaminé, mais simplement mordu au pouce, au cours d'une discussion, par un de ses clients qu'il savait atteint de plaques muqueuses buccales. Le tribunal a estimé que le médecin qui « était au courant de cette situation, avait pu très légitimement croire que la blessure qui lui avait été faite était de nature à lui communiquer cette maladie; que, par suite, la plus élémentaire prudence lui fait un devoir, pendant toute la période d'incubation, de s'abstenir totalement de l'exercice de sa profession »

et lui a alloué des dommages-intérêts basés sur la perte résultant pour lui de ce repos professionnel. (*Gaz. du Palais*, 1902, p. 575.)

b) Le médecin transmet à un client la syphilis d'un autre client.

Il arrive que certains médecins, faisant montre d'une négligence coupable, ne se livrent qu'à un nettoyage beaucoup trop sommaire de leurs instruments et que des malades aient été inoculés soit au cours d'une intervention chirurgicale ou d'un examen médical.

De nombreuses observations ont été publiées de syphilis transmises par l'intermédiaire d'instruments non désinfectés : abaisse-langue, davier pour extraction des dents, sonde d'Itard, spéculum, serre-fines..., mais beaucoup d'entre elles nous paraissent peu probantes.

Pour ne parler que des chancres de la gencive, ils sont, contrairement à l'opinion générale, le plus souvent d'origine vénérienne (Chompret). Leur siège est en effet presque constamment au niveau des incisives supérieures, c'est-à-dire à l'entrée de la bouche, là où porte le baiser (Milian), ce n'est que dans les cas rares où le chancre siège sur les faces latérales des maxillaires, à la hauteur des dernières molaires, que l'on peut admettre, à la rigueur, une contamination médiate par un instrument (Jeanselme).

Mais, quand bien même un chancre se développerait sur la plaie d'une avulsion dentaire, il ne serait

pas fatal que le dentiste soit responsable. La plaie a pu être contaminée secondairement, comme on le voit pour les plaies des doigts ou de tout autre partie du corps.

Le médecin consulté pour une syphilis, même s'il en soupçonne l'origine instrumentale, ne doit surtout pas, par des questions trop nombreuses ou maladroites, éveiller les soupçons de son interlocuteur sur un fait en lui-même très problématique et dont la preuve sera difficile, sinon impossible à faire.

Syphilis par transfusion.

A côté de la syphilis transmise d'un individu à un autre par des instruments existait autrefois la syphilis vaccinale. L'emploi de la vaccination animale l'a fait disparaître, malheureusement de nos jours, un problème analogue est soulevé par la transfusion sanguine.

Depuis fort longtemps, on sait que le sang des syphilitiques est contagieux, bien que pour des raisons de technique le tréponème n'y soit pas facile à déceler. Cependant l'expérience clinique, d'accord avec les données expérimentales, a montré qu'une petite quantité de sang déposée sur une plaie, ou une piqûre est à peu près incapable de provoquer la maladie, les tréponèmes étant en effet très peu nombreux dans le milieu sanguin, même à la phase septicémique.

Il n'en est pas de même des inoculations massives de sang syphilitique, Neisser, le premier, a mis ce fait en évidence. Au cours de recherches sur la séro-

thérapie préventive, il inocula huit jeunes filles indemnes de syphilis avec du sérum de syphilitiques, conservé pendant plusieurs semaines et demeuré absolument stérile. Cinq fois l'inoculation fut faite par voie sous-cutanée, trois fois par voie intra-veineuse, quatre des sujets furent infectés, les trois notamment inoculées par voie intra-veineuse. Cette expérience, valut d'ailleurs, à son auteur une condamnation.

Si de telles expériences ne furent pas reprises, l'usage de la transfusion vint, incidemment, donner un renouveau d'intérêt à la question.

Une vingtaine de cas de syphilis après transfusion ont été publiés en France depuis 1926, une douzaine en Amérique du Nord (Cummer) et, si l'on y ajoute les quelques observations publiées dans les autres pays, on voit que cet accident est rare, si on le compare au nombre considérable de transfusions exécutées, souvent dans des conditions dramatiques. Mais il est bien certain qu'il en existe d'autres passés inaperçus, qui ne se révéleront que longtemps après, sans que l'on puisse en retrouver l'origine, et d'autres aussi que l'on a cachés... par discrétion. Néanmoins, les observations publiées permettent de préciser les conditions étiologiques qui président habituellement à ce mode de transmission de la syphilis et aussi ses caractères cliniques.

Dans la grande majorité des cas, la syphilis secondaire du donneur est seule dangereuse, mais, grâce

aux réactions sérologiques, la contagion est évitable pendant toute la phase de positivité du Bordet-Wassermann.

Mais il n'en est pas de même à la période préliminaire de négativité des réactions sérologiques. Canuyt et Pautrier ont observé deux cas de syphilis par transfusion provoqués par un donneur porteur d'un chancre, la transfusion ayant eu lieu avant la date où le Wassermann devient positif. C'est là, même dans un service bien organisé, la période dangereuse, elle est heureusement courte et l'examen clinique permet parfois de réduire encore le délai dangereux en révélant l'existence d'un accident primitif en pleine évolution.

Quant à la syphilis tertiaire, elle ne semble que bien peu dangereuse. Mac Namara, ayant été obligé, faute de mieux, de se servir à Panama du sang de six donneurs, atteints de syphilis ancienne plus ou moins traitée, n'a pas constaté de contamination chez dix sujets profondément anémiés qui avaient eu deux ou trois transfusions, soit d'un même donneur, soit de deux ou trois donneurs différents. De même Tzanck et Werth ont publié le cas d'une donneuse professionnelle cliniquement et sérologiquement négative qui a fourni son sang pour dix-huit transfusions pendant trois ans sans aucune contamination et qui, cinq mois après la dernière transfusion, présenta une hémiparésie avec Wassermann positif après réactivation.

Par contre Tzanck et Lévy-Solal ont rapporté le cas d'un homme qui, après avoir donné son sang à plusieurs reprises, infecta le dernier pour lequel son office fut requis. Or, ce donneur n'avait pas contracté la syphilis entre temps et, comme il est vraisemblable que les sujets transfusés n'étaient pas eux-mêmes syphilitiques, donc immunisés, cette observation fort intéressante laisse supposer que la septicémie syphilitique à une période tardive de la maladie est intermittente (Sézary).

Donc, même si le danger de contamination par donneur tertiaire, à Wassermann négatif, est faible, il n'est donc pas certain qu'il n'existe pas et l'on doit rejeter l'emploi comme donneur de syphilitiques tertiaires.

Mais la grande cause des syphilis par transfusion réside avant tout dans l'emploi d'un donneur qui a été insuffisamment examiné ou même pas du tout. Il est exceptionnel que la syphilis soit transmise par un donneur appartenant à un centre organisé où les examens cliniques et sérologiques sont répétés à intervalles réguliers. Il est au contraire fréquent que la syphilis soit transmise lorsque le donneur est pris dans l'entourage immédiat du malade.

Il semblerait pourtant, à priori, qu'en choisissant le donneur parmi la famille ou les amis du malade on réduit les risques de contamination. Or, si l'on s'en rapporte aux observations publiées, on est frappé de constater que c'est l'inverse qui se produit. (Aubertin

et Fleury, J.-M. Lévy et Gunsbourg, Schulmann, Constantinescou et Vataum, Polayer et Lederer.) Cela, pour plusieurs raisons, le médecin n'a pas le temps (hémorragie grave) ou n'ose pas faire l'enquête vénéréologique nécessaire. Il est en effet très délicat de demander à un individu qui, de bonne foi, par affection ou dévouement, offre son sang, s'il a eu la syphilis, de répondre à son offrande par un examen sérologique.

C'est pourquoi, dans la pratique normale, le médecin doit écarter délibérément toutes les raisons sentimentales ou économiques qui veulent lui faire accepter un donneur occasionnel. Ce choix ne lui sera permis, sous peine de commettre une lourde faute, qu'en cas d'urgence, d'hémorragie grave, où les risques d'une syphilisation s'effacent devant le péril mortel que la transfusion sanguine conjure. Dans ces cas où le médecin ne dispose que l'un temps très court pour déterminer les groupes et organiser matériellement la transfusion, on ne pourra pas lui reprocher son choix, de même, nous semble-t-il, on ne pourra lui reprocher de ne pas avoir pratiqué un examen clinique du donneur occasionnel.

En résumé, en l'absence de toute méthode efficace de stérilisation du sang vis-à-vis du tréponème, il ne faut jamais transgresser les règles suivantes (Tzanck, Aubertin, Liege), sauf en cas d'urgence où l'imminence d'une issue fatale l'emporte sur toute autre considération.

1° Refuser comme donneur tout syphilitique connu, à quelque période de sa maladie qu'il soit, même si elle est très ancienne, même s'il s'agit d'hérédo-syphilis ou si la réaction de Wassermann est négative;

2° Préférer le donneur étudié et suivi (les examens étant renouvelés tous les 2 ou 3 mois, tous les 6 mois au minimum). A moins d'urgence absolue, ne pas prendre comme donneur un sujet dont la réaction de Wassermann n'a pas été faite;

3° Pratiquer systématiquement l'examen clinique, même si les réactions sont négatives, notamment en vue de dépister une syphilis récente à sérologie négative. A ce propos nous insisterons sur l'importance de la surveillance morale et de la connaissance de la vie sociale des donneurs;

4° Ne jamais transfuser directement de veine à veine, à moins d'utiliser un appareil empêchant le reflux du sang vers le donneur.

Cette précaution est nécessaire pour éviter que le donneur ne se plaigne ultérieurement d'avoir été contaminé. Il ne peut s'agir, dans ce cas, que d'une faute de technique : par exemple, l'emploi par l'opérateur, au cours de ses tentatives infructueuses, de ponction de la veine, des mêmes aiguilles pour le donneur et le receveur. Une observation de ce genre a été publiée en 1926 par Spillmann et Morel, elle est d'ailleurs très sujette à caution. Le donneur n'avait reçu dans ses veines qu'une quantité de sang réellement minime et, de plus, alors que dans toutes les observations de syphilis par transfusion l'incubation de

la roséole est de 60 à 90 jours, dans ce cas la roséole serait apparue 30 jours seulement après l'inoculation, ce qui est très suspect.

Le médecin, qui observe les quelques règles que nous venons d'indiquer, est certain de ne pas engager sa responsabilité et il est inutile de suivre le conseil de Fiessinger lorsqu'il préconise le choix du donneur parmi la parenté immédiate du malade, en disant que le médecin dégage ainsi en partie sa responsabilité et qu'en outre un malade contaminé par un proche parent hésitera avant d'intenter une action en justice. Tandis que si le praticien choisit lui-même le donneur, même dans le cas de Wassermann et d'examen clinique négatifs, il peut être considéré comme responsable de la syphilis. Ce raisonnement ne nous semble pas devoir être retenu, car, si le dommage est certain, la faute n'est pas définie et les magistrats qui condamneraient le médecin seraient obligés dans leurs attendus d'indiquer le moyen de faire, dans l'état actuel de nos connaissances, le diagnostic de syphilis lorsqu'on n'en trouve aucun des signes cliniques ou sérologiques classiques.

Il n'existe, à notre avis, qu'un cas où le médecin pourrait être reconnu coupable, c'est lorsque la transfusion ne s'imposait pas. Il est bien certain que la transfusion, et surtout la transfusion d'urgence, doit être réservée à des cas où le malade est en danger, et le médecin qui, pour une hypothétique cure de rajeunissement (Gougerot) ou combattre une anémie

que l'on pourrait traiter aussi efficacement par d'autres méthodes, veut une transfusion, doit connaître les dangers de syphilisation que le malade encoure et répondre des fautes commises.

L'expertise en matière de syphilis par transfusion est soumise aux règles habituelles. La syphilis ainsi transmise n'a pas de caractère spécial, il faut simplement savoir qu'il n'y a pas de chancre et pas d'adénopathie satellite. La durée de l'incubation dans la majorité des cas est à peu près la même que celle de la syphilis avec chancre, c'est-à-dire 70 jours environ (25 jours entre la contamination et le chancre, plus 45 jours d'incubation secondaire); pourtant, dans un cas de Lamer, elle a été de 43 jours et, dans un autre de Hudelo, elle dura 90 jours.

C'est cette durée de l'incubation qui est le fait capital, à notre avis, pour établir un diagnostic, et il revêtira un caractère vraiment troublant lorsque l'on constatera une syphilis sans chancre apparue dans les délais normaux chez le receveur alors que le donneur semble indemne de syphilis.

Il est difficile, en l'absence de toute jurisprudence, de savoir comment un tribunal apprécierait ces faits, mais il semble qu'il faille considérer deux cas :

1° Le donneur n'a pas été examiné cliniquement et sérologiquement, et il ne s'agit pas d'un cas d'urgence. La faute du médecin est alors manifeste;

2° Le donneur n'avait aucun signe clinique et humoral de syphilis et, de plus, la nécessité d'une

transfusion s'imposait. Le médecin ne peut être tenu pour responsable, car, si le dommage est certain, la faute n'est pas définie.

Syphilis et nourrices.

La transmission de la syphilis par allaitement a été assez fréquemment l'objet de demandes en dommages-intérêts portées devant les tribunaux, et ceux-ci, quand la transmission a été nettement établie, n'ont pas manqué d'accorder aux victimes (nourrices ou nourrissons) des indemnités. C'est presque toujours la nourrice qui intente le procès aux parents dont l'enfant lui a transmis la maladie, mais, lorsque ceux-ci sont insolvables ou peu fortunés, elle met en cause les médecins qui, à des titres divers, ont examiné l'enfant (médecin traitant, médecin inspecteur des enfants en bas âge, etc.), en leur reprochant de ne pas l'avoir averti du danger qu'elle courrait en continuant l'allaitement.

Les tribunaux, appliquant à ces affaires une jurisprudence qui découle de l'article 1382 du Code Civil, accordent aux nourrices une indemnité lorsqu'elles peuvent établir que leur contamination résulte d'une faute personnelle du médecin.

1° La première condition constitutive de la faute est que, au moment où le médecin a reconnu ou aurait dû reconnaître l'existence de la syphilis chez l'enfant, la nourrice ait été encore indemne. Or, dans un grand nombre de cas, les circonstances de la cause

permettent aux experts et au tribunal de déterminer que, lors de la première visite du médecin, la nourrice portait déjà un chancre du mamelon, voire même des accidents secondaires. En pareil cas, la responsabilité du médecin ne se discute même pas. (Cour d'Appel de Paris, 16 mars 1896.)

Dans d'autres cas, l'enquête faite par le tribunal et lesrenseignements recueillis par les experts établissent que, lors de la première visite du médecin, la nourrice était déjà dans la période d'incubation : le chancre ayant débuté postérieurement à la visite, mais dans les limites de la période d'incubation de la syphilis. Le médecin ne saurait être tenu pour responsable parce « que son intervention à cette époque ne pouvait plus avoir d'effet utile » (Seine, 9 nov. 1906, *Gaz. Trib.*, 19 nov. 1906).

Un précédent jugement de la Cour de Dijon, rendu le 14 mai 1868 (S., 69-2-12), dans une affaire analogue (où d'ailleurs le médecin avait été acquitté pour la même raison) avait posé en principe que « le médecin qui, sciemment, laisse ignorer à une nourrice les dangers auxquels l'expose l'allaitement d'un enfant atteint de syphilis congénitale peut être déclaré responsable du préjudice causé par sa réticence, qu'il ne saurait prétendre qu'appelé à donner ses soins à l'enfant seul, il n'avait pas à se préoccuper du danger que peut courir la nourrice ». Cet arrêt conseillait en pareil cas au médecin de violer le secret professionnel; la jurisprudence actuelle n'admet plus cette doctrine. Un jugement plus récent remet les

choses au point en disant seulement que le médecin doit : soit prévenir la nourrice, soit faire cesser le nourrissage (Paris, 27 nov. 1896, D. P., 1896-2-365). C'est reconnaître que le médecin ne peut parler dans tous les cas, mais cela ne nous dit pas dans quelles conditions il peut parler.

Ceci est pourtant très important, car, dans ces affaires, où le médecin ne peut être tenu pour responsable de la contamination de la nourrice, son intervention ayant été trop tardive si, postérieurement à la constatation de la syphilis chez l'enfant, et avant que la nourrice soit avertie du danger que le nourrisson peut faire courir à l'entourage, quelque personne de cet entourage était contaminée, le médecin pourrait être déclaré responsable vis-à-vis de celle-ci. Mais, inversement, lorsque la nourrice contaminée communique le mal à son propre enfant, à son mari, le médecin ne saurait être déclaré responsable si, dès qu'il a diagnostiqué le mal, il a fixé la nourrice sur la nature et la gravité de la maladie dont elle est atteinte. (Paris, 16 mars 1896.)

2° La nourrice n'était ni contaminée ni en période d'incubation lors de la première visite du médecin ou de l'une des visites suivantes, et le nourrisson portait des lésions cutanées ou autres de nature syphilitique ainsi que l'a montré leur évolution ultérieure. Le médecin a alors méconnu la nature des lésions où il l'a reconnue :

a) Il a méconnu la nature des lésions. Il s'agit de savoir si, au moment de son examen, ces lésions étaient caractéristiques et s'il était en droit de ne pas en diagnostiquer la nature syphilitique. Le problème est ici délicat, l'expert dans chaque cas doit tenir compte d'une série de circonstances particulières, souvent difficile à apprécier à distance : aspect parfois peu net ou banal des lésions, conditions d'examen défectueuses, notamment à la campagne, renseignements incomplets ou inexacts donnés par la nourrice, les parents, etc. D'une façon générale, les tribunaux ne condamnent le médecin que lorsqu'il a agi avec une légèreté manifeste ou fait preuve d'une ignorance complète de la syphilis. (Paris, 23 avril 1890.)

Dans une autre affaire de ce genre, le médecin fut acquitté car les premiers symptômes observés n'étaient pas caractéristiques et pouvaient prêter à confusion. (Seine, 5e Chambre, 11 décembre 1912.)

b) Mais, si le médecin a porté sur l'enfant le diagnostic de syphilis, dont le Tribunal trouvera souvent la preuve dans les ordonnances médicales, si la nourrice est ultérieurement contaminée, il sera condamné à des dommages-intérêts. Il n'y a pas de doute, en effet, qu'il a commis une faute grave en ne prenant pas les mesures nécessaires pour empêcher la contamination de la nourrice (Seine, 9 nov. 1906. *Gaz. Trib.*, 19 nov. 1906) et c'est vainement qu'il plaidera que la nourrice était pour lui une personne étrangère car

il était le médecin de l'enfant (Amiens, 12 août 1893. *J. C. Amiens,* 1894, p. 194).

Quelles mesure le médecin doit-il prendre? C'est, avant tout, la cessation immédiate de l'allaitement en basant cette injonction sur le motif qui lui paraîtra le plus acceptable, et ensuite l'exposé à la nourrice des précautions nécessaires pour éviter la contamination.

Sur la nature de la maladie de l'enfant, il aura toute latitude pour s'expliquer s'il a été consulté par la nourrice ou s'il est chargé, par ses fonctions publiques, de la surveillance de l'enfant.

S'il est médecin de l'enfant ou des parents, il s'abstiendra de faire connaître le diagnostic à la nourrice, ainsi que nous l'avons expliqué en traitant du secret médical.

3° Les poursuites contre le médecin peuvent enfin avoir, pour origine, le fait qu'il connaissait la maladie des parents, même si l'enfant paraissait sain à la naissance; et aussi l'insuffisance de l'examen médical au moment du placement du nourrisson. (Bourges, 14 avril 1902. S. 1902-2-208.)

En réalité, ces affaires de responsabilité médicale à propos de nourrices sont très rares et elles le deviennent encore plus par suite de la diminution de leur nombre, pour ne pas dire leur disparition. Mais le médecin doit les connaître et savoir qu'à la responsabilité civile qu'il encourt en cas de contamina-

tion de la nourrice s'ajoute une responsabilité morale et des préjudices de toutes sortes auxquels il ne doit pas s'exposer. Pour cela il faut :

1° Ne pas confier à une nourrice l'enfant né de parents syphilitiques ou sérieusement suspects de syphilis;

2° Retirer immédiatement du sein, à moins que la nourrice ne soit déjà contaminée, tout enfant atteint de manifestations suspectes de syphilis et, dans ce dernier cas, recourir tout de suite à tous les moyens susceptibles de trancher rapidement le diagnostic.

Erreurs de diagnostic.

Malgré les nombreuses méthodes d'investigation et les progrès techniques réalisés, le médecin rencontre encore d'innombrables difficultés dans le diagnostic de la syphilis. La méthode biologique ou sérologique idéale, rigoureusement spécifique de la syphilis, est encore à trouver et, dans l'état actuel, s'il est possible de dire qu'un homme est syphilitique, il est encore impossible de dire qu'il ne l'est pas.

Pourtant, il est de multiples circonstances où il serait important pour le médecin d'établir avec certitude le diagnostic, en particulier lorsqu'il s'agit de confier un enfant à une nourrice, de poser l'indication d'un traitement, d'autoriser un sujet à se marier.

Il peut se faire qu'un médecin sérieux et compétent ne dépiste pas, lors d'un examen minutieux et complet, une syphilis momentanément éteinte, susceptible de se manifester peu de temps après le ma-

riage, par exemple, et de provoquer chez l'autre conjoint une contamination parfois très grave de conséquences. La personne atteinte ne manquera pas d'invoquer l'incompétence et l'incapacité du médecin qui aura commis, à son avis, une faute grave et elle le poursuivra devant les tribunaux en responsabilité médicale.

Or, comment déceler qu'un sujet est atteint de syphilis quand on ne découvre chez lui aucune lésion cutanée, muqueuse ou organique, quand l'examen du sang donne un résultat négatif? et, néanmoins, nul n'ignore qu'un bon nombre de syphilitiques ne présentent aucune trace apparente de la maladie, soit par suite d'une évolution atténuée de la maladie, soit parce qu'ils ont été au préalable « blanchis » à l'aide d'un traitement de courte durée. On voit combien il est parfois difficile de poser un diagnostic, combien il est aisé de se tromper surtout en cette matière.

***

Mais les erreurs ne peuvent être imputées à faute, à moins qu'il ne s'agisse d'erreurs grossières, résultat de légèreté ou d'ignorance impardonnables, qu'un examen sérieux et approfondi eût permis d'éviter. En aucun cas on ne peut reprocher au médecin d'avoir fait preuve dans son diagnostic d'une insuffisante perspicacité. Un diagnostic erroné, s'il a été fait consciencieusement, ne peut être reproché à son auteur.

En effet, lorsqu'un médecin examine un malade, il doit faire un emploi judicieux des connaissances de son art. C'est alors qu'entreront en ligne de compte sa valeur, ses qualités intellectuelles, la perspicacité de son esprit, l'étendue de ses connaissances, tous éléments d'ordre spirituel qui influent sur l'exercice de la profession mais échappent entièrement au contrôle des tribunaux, car on ne saurait exiger de tous les médecins le même talent, c'est pourquoi il faut faire entrer la valeur de l'homme dans l'appréciation de la faute. C'est ce qu'exprime un jugement du tribunal de Lyon (10 novembre 1923) : « Dans l'interprétation de la responsabilité de ce dernier (le médecin spécialisé) il y a lieu, au contraire, d'être plus rigoureux en raison de sa spécialisation dans une branche de l'art médical, des titres officiels qu'il possède et dont il excipe, de la compétence qu'il s'attribue par une publicité répandue, de la liberté de décision qui lui appartient généralement lorsqu'un malade vient le consulter ou lorsqu'il est appelé par un confrère moins expérimenté que lui. » (*G. T.*, 2-135-1924.)

La responsabilité ne commencera qu'au moment où les connaissances communes feront défaut, où l'ignorance inexcusable, l'erreur grossière, l'oubli des devoirs essentiels de la profession devront être incriminés. Par suite, les cas de responsabilité médicale pour erreur de diagnostic seront assez rares. De plus, comme il faut toujours que les faits, d'où pourra dériver la responsabilité, soient susceptibles d'une constatation certaine et d'une appréciation positive,

ce que l'on reprochera généralement au médecin ce n'est pas tant une mauvaise interprétation des signes cliniques qu'un examen incomplet. Et l'on reprochera notamment au médecin d'avoir négligé l'appoint qu'était susceptible de lui apporter le laboratoire :

« Attendu qu'une erreur de diagnostic, même lorsqu'elle a des conséquences malheureuses, ne saurait en principe et par elle-même constituer en faute le médecin qui l'a commise, qu'il est avéré, en effet, qu'en raison des difficultés parfois insurmontables que peut présenter un diagnostic, le savoir et l'expérience, non plus que les explorations les plus attentives et les plus minutieuses ne mettent pas toujours l'homme de l'art à l'abri des erreurs de ce genre, et que les maîtres les plus compétents et les plus consciencieux n'en sont pas exempts;

« Mais, attendu que, si la loi n'impose pas au médecin l'infaillibilité, d'accord en cela avec l'intérêt public, elle ne va pas jusqu'à lui permettre d'établir un diagnostic à la légère en négligeant de s'entourer de tous les renseignements nécessaires ou même simplement utiles pour éclairer sa religion et, sans avoir recours aux procédés de contrôle et d'investigation recommandés par la science; que ce sont là des règles de bon sens et d'élémentaire prudence, qui échappent à toute discussion d'ordre théorique ou technique et dont la méconnaissance qui constitue une faute que le médecin ne doit pas commettre est susceptible de motiver contre lui s'il s'est trompé de

diagnostic, qu'il a ainsi imprudemment porté... » (Rouen, 21 avril 1923. *G. P.*, 2-247-1923.)

Nous avons cru intéressant de citer cet important arrêt[1], car il expose très complètement le point de vue de la jurisprudence. En ce qui concerne la syphilis, il n'existe actuellement que deux jugements et ils confirment cette manière de voir :

« ...le praticien se trouve en présence d'un mal qui souvent se reconnaît sans difficulté, mais que, dans les cas douteux, il doit contrôler soit par l'examen à l'ultra-microscope, soit par la réaction de Wassermann suivant les circonstances... » (Seine, 10 janvier 1920. *G. P.*, 1920-1-359.)

« ...la réaction de Bordet-Wassermann ne permet pas à elle seule d'affirmer un diagnostic, c'est néanmoins un moyen précieux que le praticien ne doit pas négliger... » (Lyon, précité.)

En résumé, on peut conclure, de ce qui précède, qu'actuellement le médecin n'a pas le droit de se contenter, pour poser ou rejeter le diagnostic de syphilis, des renseignements fournis par le seul examen clinique. Il doit, dans tous les cas, s'assurer l'appoint du laboratoire, sinon il risque fort, en cas d'erreur de diagnostic, d'engager sa responsabilité.

On nous objectera qu'il y a des circonstances où il sera difficile au médecin éloigné de tout centre de faire pratiquer les examens indispensables. C'est là

(1) Il s'agissait d'un chirurgien ayant opéré par erreur une femme enceinte chez laquelle il avait porté le diagnostic de fibrome.

un argument qui ne tient guère, s'il n'est pas toujours possible de faire un examen à l'ultra-microscope, il est par contre toujours possible de prélever un peu de sérosité pour faire un frottis sur une lame, ou un peu de sang, et d'envoyer ces prélèvements dans un laboratoire.

Mais le médecin ne pourrait-il, dans certains cas, être tenu pour responsable d'une erreur commise par le laboratoire? Erreur qui lui a fait affirmer que tel sujet paraît indemne de syphilis, que tel autre a besoin d'un traitement.

On sait, en effet, qu'il existe certains laboratoires où les examens sont faits plus ou moins sérieusement et d'autres où l'on répond un peu trop souvent « résultat douteux », laissant ainsi toute liberté au médecin pour conclure à la nécessité d'un traitement. Il est cependant évident qu'il y aurait un intérêt social à conserver au séro-diagnostic de la syphilis toute sa valeur scientifique, et à le préserver de la fantaisie des expérimentateurs ou de l'incompétence de certaines officines; malheureusement il n'existe encore, en France, aucune réglementation et aucun contrôle des laboratoires. Or il est impossible au praticien de se rendre compte de la manière dont les recherches ont été conduites, de la précision de la technique utilisée. Néanmoins, il est rare que le médecin, consciencieux et averti, n'arrive assez rapidement à apprécier la valeur des résultats fournis par un laboratoire; s'il en suspecte l'exactitude, il doit cesser tout rap-

port avec lui. Mais, quant à essayer de faire rejaillir sur le praticien la responsabilité d'une erreur, dont le contrôle lui échappe, nous estimons cette manière de voir inadmissible.

Responsabilité et traitement de la syphilis

Le traitement de la syphilis, tant par ses indications discutées ou douteuses que par les accidents qu'il est susceptible de déterminer, a déjà provoqué quelques procès en responsabilité.

Indication du traitement :

De même qu'il ne faut porter le diagnostic de syphilis que s'il est établi sur des preuves indiscutables, il ne faut jamais instituer de traitement antisyphilitique avant d'avoir acquis le diagnostic avec certitude. (Jeanselme, Sézary, Gougerot.)

C'est à la période pré-sérologique que la situation est parfois embarrassante. Il faut recourir aux épreuves bactériologiques pour confirmer l'examen clinique : à la recherche directe du tréponème dans la sérosité du chancre. Si l'examen direct montre des tréponèmes indiscutables, le doute est levé et le traitement doit commencer immédiatement.

Si les examens bactériologiques restent négatifs, le médecin ne doit pas pour cela rejeter le diagnostic de syphilis et si, pour des raisons sérieuses cliniques ou étiologiques, il continue à craindre la syphilis, il est autorisé, plutôt que de perdre un temps précieux à commencer le traitement. Mais il est bien entendu

que « ce traitement ne doit pas être fait au hasard, sans raisons sérieuses, *il doit être l'exception* et réservé uniquement aux cas où la syphilis semble probable, malgré les examens bactériologiques négatifs » (Gougerot). Ceci n'est pas admis par tous les auteurs, il en est qui, dans cette éventualité, s'abstiennent de tout traitement afin d'éclaircir le problème par l'apparition des signes cliniques ou sérologiques de certitude.

Bien que l'opinion de ces derniers nous paraisse la plus raisonnable, il est certain qu'en pareil cas le médecin expert, quelles que soient ses préférences, n'a pas à prendre parti, du moment que le praticien, accusé d'avoir institué un traitement à tort, peut prouver qu'il existait de graves présomptions en faveur de l'existence de la maladie.

A partir de la période secondaire, tous les auteurs sont d'accord pour conseiller de ne commencer le traitement que lorsqu'on est sûr du diagnostic; en cas de doute il faut différer le traitement et poursuivre l'examen clinique et humoral jusqu'à certitude complète du diagnostic. Ce serait certainement une faute que d'avoir négligé de faire un examen sérologique avant de commencer le traitement. Mais encore faudrait-il, dans l'appréciation de l'acte du médecin, tenir compte des circonstances dans lesquelles il est intervenu, de l'intérêt qui s'attachait à une intervention rapide, de la situation de l'intéressé. Il est évident que la responsabilité d'un praticien exerçant la médecine générale dans une localité où il n'existe

aucun laboratoire, aucun spécialiste doit être apprécié avec moins de sévérité que celle du médecin exerçant dans une grande ville.

Accidents des arsenicaux trivalents

Les arsénobenzènes paraissent être actuellement la thérapeutique de choix dans le traitement de la syphilis. Malheureusement ils risquent de provoquer toute une série d'incidents et aussi d'accidents parfois très graves. Aussi existe-t-il des médecins qui, en clientèle, n'osent pas les utiliser par peur d'accidents, en quoi ils ont tort. C'est, à notre avis, une faute que de ne pas faire d'arsenic trivalent comme traitement d'attaque d'une syphilis récente chez un malade n'en présentant aucune des contre-indications.

Il en est d'autres qui font signer à leur malade « un papier » les exonérant par avance de toute responsabilité en cas d'accident; nous avons déjà vu ce qu'il faut penser de cette précaution[1].

En réalité, le médecin peut et doit employer le novarsénobenzol, sa responsabilité ne sera pas engagée s'il observe les quelques règles qui régissent son administration. Ces règles lui laissent d'ailleurs une liberté relative, car elles varient selon la hardiesse des auteurs.

Il ne faut jamais commencer le traitement sans avoir procédé à un examen complet du sujet pour dépister toutes les contre-indications possibles. Les

(1) Voir page 200.

arsénobenzènes sont contre-indiqués chez les cachectiques, les sujets à tendance hémorragique, chez ceux atteints d'une lésion cardiaque mal compensée, d'insuffisance hépathique ou surrénale, de néphrite chronique avec forte imperméabilité rénale, de tuberculose pulmonaire hémoptoïque, d'ulcère des voies digestives.

De plus, le médecin doit demander au patient de s'observer soigneusement, de noter ses malaises et, avant chaque nouvelle injection, il est indispensable de l'interroger pour savoir si l'injection précédente a été bien supportée. De temps à autre, le médecin doit examiner les différents viscères et les urines de son malade.

S'il constate un signe d'intolérance médicamenteuse, il essaiera d'en déterminer la cause et se conformera aux indications classiques. La responsabilité du médecin peut être engagée si le traitement n'est pas suspendu lors de l'apparition des signes prémonitoires de polynévrite, de l'érythrodermie vésiculo-œdémateuse (qui contre-indique définitivement l'emploi de l'arsenic), du purpura, de la kératodermie, de l'amaigrissement progressif et rapide, de l'ictère ou de l'albuminurie s'ils s'accentuent après chaque injection.

Si une extrême prudence ne met pas nécessairement à l'abri de tout accident grave (crise nitritoïde mortelle, encéphalopathie arsenicale, aleucie hémorragique, érythrodermie), elle diminue cependant les risques à tel point que le novarsénobenzol reste le

médicament capital du traitement intensif de la syphilis, que le praticien peut employer sans crainte exagérée.

Mais si les règles que nous venons d'indiquer, qui sont admises par la majorité des auteurs, ne sont pas observées, surtout en ce qui concerne la surveillance du malade, les magistrats considéreraient que le sujet n'a été ni observé, ni soigné, et que le traitement constitue dans ces conditions un danger inacceptable.

C'est ce qui ressort nettement de deux jugements ayant trait aux accidents du novar.

Le premier, rendu le 10 janvier 1920 par le Tribunal correctionnel de la Seine et confirmé par la Cour de Cassation, le 16 avril 1921 (*Gaz. du Palais*, 1921-2-220), condamna deux médecins responsables de la mort d'un malade à qui ils faisaient des injections de novar. Il s'agissait, en l'espèce, de deux médecins associés pour l' « exploitation d'une clinique »; c'est d'ailleurs ce qui leur valut cette condamnation.

La Cour, dans son arrêt, reconnut que « la mort est due à des phénomènes méningés consécutifs à des injections intra-veineuses de novar; mais que des accidents mortels pouvaient se produire au cours d'un tel traitement, en dehors de toute faute du médecin traitant; elle ne constate pas qu'en l'espèce la mort soit imputable à une défectuosité du traitement et ne se serait pas produite si le médecin traitant n'avait commis aucune faute.

Ce qu'elle reproche, c'est le :

1° Caractère commercial de la clinique;

2° Absence des instruments nécessaires pour diagnostiquer l'affection;

3° Examen superficiel et vain;

4° Traitement automatique prescrit à tous les malades, sans que la victime ait été l'objet d'aucun examen, avant la première piqûre, à l'effet de savoir si sa constitution lui permettait de supporter le traitement, ni avant les piqûres suivantes à l'effet de constater si celles-ci devaient être continuées... dont il y a bien faute, négligence et omission volontaire des médecins dont « l'unique préoccupation était d'accroître les recettes de leur entreprise en pratiquant un plus grand nombre d'opérations lucratives. »

Le jugement se terminait par les attendus suivants :

« Ces imprudences et ces négligences, dans ces cliniques, revêtent un caractère volontaire : le client, d'une part, n'étant ni observé, ni soigné, et le soi-disant traitement constituant un danger pour la société puisque les patients sont renvoyés après la 6e ou 7e piqûre, ne voient plus trace du mal, sont convaincus qu'ils sont guéris et peuvent propager la syphilis sans s'en douter. Se rend coupable du délit d'homicide par imprudence le médecin qui, loin d'être un spécialiste, très âgé et débordé par le nombre des clients qu'on lui donnait à examiner et à piquer, n'a pas, dès le début, pris les précautions nécessaires pour s'assurer de l'état général du malade, et, par une série d'investigations, s'il était réellement atteint de syphilis, et s'il était susceptible de supporter le traitement

dangereux, déjà pour des gens bien portants, — qui a, de plus, consenti à remplir cet office sans avoir les instruments nécessaires aux investigations, comme la prudence la plus élémentaire le recommandait et comme l'art médical l'impose, — qui enfin, au cours de ce que l'on appelle un « traitement » à ladite clinique, n'a pas examiné ni interrogé son malade... »

Dans son ensemble, il convient de louer ce jugement, car il vise surtout une faute contre l'honorabilité professionnelle. Mais il faut cependant faire des réserves sur les deux points suivants reprochés au médecin :

1° L'absence de réaction de laboratoire, nous en avons déjà parlé et n'y reviendrons pas;

2° Le « traitement automatique », il s'agissait, en l'espèce, du traitement alors en honneur à Saint-Louis. Or l'on sait qu'en pratique, hormis les syphiligraphes, la plupart des médecins s'en tiennent aux types de traitement préconisés officiellement, ce qui n'a rien d'anormal, au contraire.

La seconde affaire avait eu des suites moins malheureuses pour le malade. Un sieur G... avait dû subir l'amputation d'une partie des doigts et prétendait en rendre responsable le médecin d'un Institut (?) où il avait été traité. Ce médecin avait diagnostiqué une syphilis et avait pratiqué deux injections intraveineuses de novar à 0,15.

Le Pr Martin, expert, considérait que la gangrène avait été provoqué par le traitement, et aussi Nicolas

qui avait publié l'observation du malade à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon.

Restait à établir si le médecin avait commis une faute. Le Tribunal de Lyon (10 novembre 1923, précité) reprocha au médecin d'avoir procédé aux injections sans examen préalable du sujet, sans analyse des urines, sans réaction de Bordet-Wassermann. Mais, comme « il apparaissait bien que le malade était syphilitique, l'ayant avoué et ses dires ayant été reconnus vrais ultérieurement, par suite il n'y avait pas faute d'avoir institué ce traitement ».

Pas davantage de faute dans l'application faite et il n'était pas démontré que les accidents avaient été consécutifs aux deux premières injections. Le médecin fut acquitté.

Accidents des arsenicaux pentavalents

Tout ce qui précède peut s'appliquer aux arsenicaux pentavalents, mais nous insisterons particulièrement sur la nécessité qu'il y a pour le médecin à s'assurer, avant d'employer le stovarsol notamment, qu'il n'existe pas de lésion antérieure du nerf optique ou de la rétine. Pendant toute la durée du traitement, avant chaque injection il faut vérifier que le champ visuel ne se rétrécit pas, que l'acuité visuelle ne baisse pas.

***

En résumé, on peut conclure que le traitement par les arsénobenzènes ne doit être prescrit qu'en pré-

sence d'une indication nette et après un examen complet du malade.

Avant de procéder à une nouvelle injection, il faut s'assurer que l'injection précédente a été bien tolérée, il faut suivre le malade cliniquement et répéter les analyses d'urines. Faute de quoi, les magistrats considéreraient que le malade n'a pas été correctement traité et aussi surveillé.

C'est pourquoi il est imprudent de confier les injections à un aide non médecin. Cette manière de procéder risque fortement d'évoquer dans l'esprit des juges l'idée que le malade n'a pas été médicalement examiné avant chaque injection.

Le cas vient de se présenter pour un médecin qui avait laissé à une infirmière le soin de faire une série d'injections de sulfarsénol à un hérédo-syphilitique âgé de 14 ans. Celle-ci ne se conforma pas aux prescriptions du médecin, n'observa pas l'intervalle prévu entre chaque piqûre et pratiqua neuf injections en douze jours, administrant au total à l'enfant 4 gr. 14 du médicament en onze jours. L'enfant succomba des suites d'accidents méningés, deux jours après la dernière piqûre.

Les parents attaquèrent le médecin et l'infirmière, le médecin fut relaxé purement et simplement par jugement du Tribunal correctionnel d'Abbeville (24 octobre 1935, *Gaz. du Palais*, 10 janv. 1936) :

« Attendu... qu'il y a des réalités qui dominent les exigences théoriques; que le jeune H..., demeurant dans un pays distant de 15 kilomètres de celui qu'ha-

bite le Dr C... n'était pas sous la surveillance immédiate, continue, de tous les instants, du docteur; que cette surveillance était matériellement impossible et que seul un contrôle espacé pouvait être exigé du médecin...

« Attendu que le docteur pouvait s'en remettre à l'infirmière compétente, avertie, expérimentée, qui s'était chargée du traitement;

« Attendu qu'aucune faute ne saurait être reprochée au Dr C..., qui a ordonné un traitement correct, adéquat et prudent, alors que le fait dont les suites ont été mortelles consiste dans une mauvaise exécution de son ordonnance qui ne pouvait être prévue par lui, ladite ordonnance étant, en effet, confiée à une infirmière diplômée de l'Etat, qui avait en main un prospectus signé du docteur, expliquant parfaitement un traitement classique dont elle était au courant... »

Il semble bien que, dans le cas présent, le médecin aurait été déclaré responsable, s'il n'avait pas eu comme auxiliaire une infirmière diplômée dont les connaissances ne pouvaient lui permettre d'ignorer le caractère dangereux du produit. Aussi ce jugement doit-il inciter les médecins à la prudence dans le choix de leurs auxiliaires.

Conclusions

La syphilis soulève de nombreux problèmes en médecine légale :

Syphilis et secret médical. — Le secret médical imposé au médecin en toutes circonstances revêt en matière de syphilis un caractère particulièrement rigoureux et impérieux. Le secret est d'ordre public, aussi doit-il être absolu, et, quels que soient les motifs qui semblent justifier une révélation, le médecin n'a pas le droit d'en discuter l'opportunité. Mais le secret ne doit pas être un moyen pour le médecin de se soustraire aux responsabilités et de donner à tous les problèmes moraux qui se posent une solution de facilité. Le médecin digne de ce nom ne doit pas, en cette matière, laisser dominer la préoccupation juridique, la crainte d'une condamnation, lorsqu'il lui est possible de sauvegarder l'intérêt légitime du malade, de ses proches ou de la collectivité.

Syphilis et mariage. — La syphilis dans ses rapports avec le mariage soulève fréquemment des problèmes délicats, il est nécessaire que le médecin en

soit instruit pour avoir une opinion ferme, décidant de sa conduite et lui permettant de conseiller utilement le malade. La transmission de la syphilis au conjoint ne peut à elle seule entraîner la dissolution du mariage, sauf lorsqu'elle s'est accompagnée de circonstances accessoires lui imprimant le caractère d'une injure grave.

Syphilis et poursuites criminelles. — La syphilis ne donne lieu que rarement à des poursuites criminelles, il en existe cependant quelques exemples se rapportant à des cas de transmission volontaire de la maladie. Le plus souvent c'est indirectement que le médecin légiste sera appelé à rechercher l'existence d'une syphilis lors d'expertise pour coups et blessures ou pour attentat aux mœurs.

Syphilis et traumatisme. — Il s'agit pour les médecins-experts de dire aux juges si, dans un cas donné, une syphilis a pu être transmise au cours ou à l'occasion du travail, ou si une lésion syphilitique a pu être créée ou influencée par un traumatisme chez un syphilitique, par suite s'il y a lieu ou non à indemnisation.

Or, dans l'état actuel de nos connaissances, dans la majorité des cas, le rôle exact du traumatisme ne peut être défini et reste douteux. Néanmoins, malgré l'absence de certitude scientifique, l'expert n'est pas autorisé à nier la possibilité d'une telle éventualité et, bien que de pareilles conclusions risquent d'être scientifiquement erronées, il doit, à défaut de doc-

trine médicale, s'appuyer sur un ensemble de présomptions graves, précises et concordantes.

Syphilis et accidents du travail. — C'est principalement en matière d'accidents du travail que l'expert aura à s'occuper des rapports entre les traumatismes et la syphilis. Soit tout à fait exceptionnellement pour une syphilis révélée ou aggravée, il n'y a pas lieu alors, dans les conséquences de l'accident, de distinguer ce qui revient au traumatisme et ce qui résulte de la maladie préexistant. Le dommage comprend toutes les aggravations postérieures à l'accident qui ont leur cause directement ou indirectement dans l'incident.

Syphilis et responsabilité civile. — A des titres divers, la syphilis peut être l'occasion d'actions en responsabilité civile, soit qu'il s'agisse :

1° De transmission de syphilis. — Bien que cette éventualité ne soit mentionnée nulle part dans le Code Civil, il est possible à la victime de demander réparation du préjudice moral et physique qu'elle a subi;

2° D'aggravation d'une syphilis antérieure. — Il faut prendre en considération cet état antérieur, mais les éléments pouvant servir à partager la responsabilité entre les différents facteurs — traumatique et morbide — sont si vagues que tout essai de fixer la part de chacun d'eux ne peut se baser que sur des considérations essentiellement subjectives;

3° De responsabilité médicale. — La responsabilité du médecin obéit aux règles générales, du moment qu'il a commis une faute, il peut être tenu d'en réparer les conséquences. Mais, dans tous les cas, la réalité de cette faute doit être établie avec certitude, ce qui sera souvent difficile en matière de syphilis.

Vu : *Le Président de Thèse,*

BALTHAZARD.

Vu : *Le Doyen,*

ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Table des Matières

INTRODUCTION 11

CHAPITRE I. — Secret médical et syphilis 13

— II. — Syphilis et mariage 37

— III. — Poursuites au criminel 65

— IV. — La syphilis et la loi sur les accidents du travail 77

Syphilis inoculée au cours ou à l'occasion du travail 91

Traumatisme, syphilis et lésions cutanées 112

Syphilis articulaire traumatique. 125

Syphilis osseuse et traumatisme. 127

Syphilis traumatique des viscères 139

Syphilis nerveuse 147

— V. — Syphilis en droit commun..... 171

— VI. — La responsabilité médicale 191

CONCLUSIONS 239

BIBLIOGRAPHIE 247

Bibliographie

ACHARD. — Fractures du tabès. *Bul. méd. de Paris,* 1931, p. 775.

ALBERTIN. — Syphilis et accident du travail. *Ann. de méd. lég.,* 1922, p. 222.

APPLETON. — Droit médical. Paris, 1931, p. 76.

ARCY POWER (D'). — Oxford System ou Syphilis, *Oxf. Univ. Press.,* 1908.

AUBERTIN. — Syphilis après transfusion. *S. M. H. P.*[1], 1930, p. 69.

BALMARY. — Respons. méd. et secret. *Thèse droit.* Paris, 1909.

BALTHAZARD. — Précis de médecine lég. Paris, 1935.

BALTHAZARD. — La question de l'état antérieur dans les accidents de travail. *Paris médical,* 1912, p. 281-287.

BALTHAZARD. — Arthropathie tabet. consécut. à un trauma. du genou. *Ann. méd. lég.* 1924, p. 385.

BARDINET. — Syph. communiquée par le doigt d'une sage-femme. *Ann. Hyg. Pub.* 1874, p. 134.

BARTHÉLEMY. — Effets des traumat. sur local, syph. second. *Ann. des mal. vénér.* 1931, p. 665-667.

BARTHÉLEMY. — Syph. post. traumat. et la loi sur les accidents du trav. *Arch. de la clin. Hôp. St-Louis,* 1929, p. 277.

BARTHÉLEMY. — Syph. osseuse et accidents du trav. *Ann. mal. vénér.* 1933, p. 594.

BASCH, — Hist. d'une orchi. épid. *Presse médic.* 1934, p. 1491-92.

(1) S. M. H. P. = Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris.

BENICY. — Syph. et traumat. *Thèse*, Paris, 1879.

BERNARD R. — Syph. et traumat. *Bruxelles médic.*, 5 novembre 1933, p. 1-24.

BERNARD R. — Infl. du trauma. sur les local. nerv. de la syph. *Bruxelles méd.*, sept. 1933, p. 1264.

BERNARD R. — Diagnostic général des syph. traum. *Bruxelles méd.* 1933-34, p. 236.

BERNARD R. — Aspect méd. leg. des syph. traumat. *Bruxelles méd.* fév. 1934, p. 490.

BIENFAIT — Chancre syph. des doigts. *Thèse*, Paris, 1925.

BORY. — Syphilis et plaies de guerre. *Ann. mal. vénér.* 1916, p. 207.

BOUCHEL. — Biblioth. de droit français, t. I, p. 195, t. II, p. 722.

BRIAND et CHAUDÉ. — Manuel de méd. leg., Paris, 1863.

BRILLON. — Dictionn. des arrêts, Paris, 1727, t. II, p. 171.

BROCA. — Arthr. syph. traum. du genou. *Ann. méd. lég.* 1921, p. 139.

BROUARDEL. — Le secret médical, Paris, 1887.

BROUARDEL. — L'exercice de la médecine, Paris, 1899.

BROUARDEL. — La responsabilité médicale, Paris, 1898.

BROUARDEL. — Le mariage, Paris, 1900.

BROUARDEL. — Blessures et accidents du travail, Paris, 1909.

B. I. T. — Syph. extra-génitale. — Hyg. du travail, 1932, n° 312.

BUSCHKE et JOSEPH. — Lues Uebertragung durch Lippenstift, *Med. Welt.*, 22 sept. 1928, p. 1417.

CAMERMAN. — Respons. civile du méd. *Thèse droit*, Paris, 1932.

CAREL J. — Syph. et traumat., *Thèse Bordeaux*, 1919.

CARNOT. — Syph. après transfusion, *S. M. H. P.*, 1934, p. 411.

CARPENTIER — Divorce et sépar. de corps, Paris, 1899, p. 54.

CHAMBRIN. — Syph. osseuse traum., *Thèse*, Paris, 1929.

CHOMPRET. — Chancre de la gencive, *B. S. F. D. S.*[1], 1923, p. 415.

(1) B. S. F. D. S. = Bull. de la Soc. française de Derm. et Syph.

CLEMENT SIMON. — Questions actuelles de Syph., Paris, 1926, p. 42.

COLLIN. — Syph. post. traum. *Thèse*, Lyon, 1927.

COURJON. — Syph. osseuse et accidents du trav. *Thèse*, Paris, 1912.

COUTELA. — Arthrite traum. *Ann. Méd. lég.*, 1926, p. 433.

CREPIN. — Syph. et irritation, *Thèse*, Lille, 1893.

CROUZON. — Intox. par CO — Tabès — *Ann. Méd. lég.*, 1923, p. 573.

CROUZON. — Arthrop. traum. *Ann. méd. lég.*, 1923, p. 653.

CROUZON. — P. G. et trauma. *Ann. méd. lég.*, 1925, p. 484.

CROUZON. — Séquelles nerveuses des traum. du rachis. VIe Congrès des accidents et mal. du trav., Genève, 1931.

CUMMER — Syph. par transfusion. *Ann. J. of méd. Sc.*, 1933, n° 6.

DECHAMBRE. — Le médecin, Paris, 1883, p. 164.

DECOURT et MOULINIER. — Syph. osseuse et trauma. *Progrès médical*, 1932, p. 1217.

DELMAS. — La P. G. et la guerre. *Ann. méd. psychol.*, 1918, p. 90.

DESCLAUX. — Syph. considérée comme accident du trav. *Ann. méd. lég.* 1932, p. 521.

DONNEDIEU DE VABRE et DUVOIR. — La Responsabilité médicale. *Ann. méd. leg.*, 1931, p. 412-477.

DRON. — Syph. et réparation des fractures. *Thèse*, Paris, 1875.

DUFOUR. — Insuf. aort. traum. *Thèse*, Paris, 1897.

DURAND FARDEL. — Anev. de l'aorte, *S.M.H.P.*, 1915, p. 612.

DUVOIR. — Hernie accident du trav. *Ann. Med. leg.*, 1932, p. 451.

DUVOIR — Discussion du rapport de Verger et de Lande. *Ann. Med. leg.*, 1924, p. 378.

DUVOIR. — Tabès traumat. *Ann. Hyg. Pub.*, 1913, p. 305-349.

DUVOIR et PIEDELIÈVRE. — Cardiop. traumat. *J. de méd. de Paris*, 1922, p. 627.

ELIET. — Syphilis trauma. *Thèse*, Paris, 1926.

ETLING. — Contrib. à l'étiol. des anev. aort. *Thèse*, Paris, 1904.

ESTES. — Consolid. des fractures chez les syph. *Amer. Surg.*, 1920, p. 40.

FIESSINGER. — Syph. par transfus. *J. des Pratic.*, 1931, p. 505.

FOUQUET. — Trauma. et syph. *La Consultat.*, 1928, p. 252.

FORGUE et JEANBRAU. — Guide du méd. dans les accidents de trav., Paris, 1924.

FOURNIER. — Chancres extragénitaux, Paris, 1897.

FROMENT. — Chancre du nez. *Thèse*, Paris, 1912.

FUNCK-BRUNTANO. — Pseudarthose du col du fémur. *Thèse*, Paris, 1930.

GARÇON E. — *Code pénal annoté*, Paris 1906, t. I p. 1096-1102.

GELLÉ. — Fractures chez les syph. *Thèse*, Paris, 1884.

GIBBON. — Surgical technic in Keen's Surg. Saund. Philadelphie, 1911.

GIRARD et ROBIN. — Syph. traum. *B. S. F. D. S.*, 1933, p. 169.

GOECKERMANN — The effect of surgic. trauma. in patients with syph. *Surg. gynec. Obst.*, 1925, p. 77.

GOUBEAU. — Trauma. et syph. *Bul. soc. de méd. Paris*, 1919-1920, p. 332.

GOUGEROT. — La syphilis en clientèle, Paris, 1932.

GOUGEROT. — Chancre syph. de local. rares. *Ann. mal. vénér.*, 1919, p. 148.

GOUGEROT et CLARA — Syph. post-traum. *J. méd. français*, 1919, p. 513.

GOUGEROT et CLARA. Syph. post. traum. *J. méd. français*, 1918, p. 216.

GOUGEROT et FIESSINGER Syph. par transf. *Ann. mal. vénér.*, 1931, p. 174.

GOUGEROT et FILLIOL. — Syph. gom. après morsure. *B. S. F. D. S.*, 1926, p. 688.

GOUGEROT et GILSON. — Gomme post-traum. de la tête humer. *Rev. fr. dermat. vénér.*, 1926, p. 291.

GOUGEROT et MATHIEU. — Fracture spontanée clavicule. *Ann. mal. vénér.*, 1932, p. 31.

GOUGEROT-KUSS. — Arthrite syph. post-traum. *B. S. F. D. S.*, 1928, p. 809.

GOUIN. — Chancre après morsure. *Ann. mal. vénér.*, 1921, p. 91.

GRANT. — *Australian méd. Journal*, 1888, t. X, p. 393.

GRENET. — Secret médic. *Science méd. Prat.*, 1935, p. 500.

GRIFFON. — La P. G. et la guerre. *Thèse*, Bordeaux, 1921.

HALBRON et BARTH. — Syph. trauma. *Ann. mal. vénér.*, 1923, p. 526.

HALLOT. — Chancre syph. de la main. *Thèse*, Paris, 1924.

HEMAR. — Secret méd. *Ann. Hyg. Pub.*, 1869, p. 186.

HOFFMANN. — Syph. profes. contract. sur le cadavre. *Dermat. Woch.*, 1929, p. 284.

HUTCHINSON. — Transact. roy. méd. a. chir. soc. Londres, 1874, 4.

IMBERT, ODDO, CHAVERNAC. — Evaluation des incapac. Paris, 1923.

JEANSELME. — Chancres extragénitaux. *Gaz. Hôp.*, 1906, p. 627.

JEANSELME. — La syph. Son aspect path. et social. Paris, 1925, p. 311.

JEANSELME. — Traité de la syphilis. Paris, Doin, 1931.

JULY. — Syp. traum. des os et tég. Thèse, Paris, 1925.

JUVIN. — Syph. et divorce. *J. Méd. Lyon*, 1923, p. 701.

KITCHEVATZ. — Contam. syph. sur le cadav. *B. S. F. D. S.*, 1930, p. 487.

KLAUDER. — Syph. et traum. *J. Amer. Méd. Assoc.*, 1922, p. 1029.

KLAUDER et SOLOMON. — Trauma. et P. G. *Id.*, 1931, p. 1-7.

LACAPERE et LAURENT. — Trauma et local. syph. *Paris Médical*, 1918.

LACOMBE (Bruno). — Secret profes. en médec. Discours de rentrée de la Cour de Bordeaux, 16 oct. 1885.

LAMER. — Syph. par transfus. Thèse, Paris, 1930.

LEGRAND DU SAULLE. — Secret médic. *Ann. Hyg. Pub.*, 1870, p. 204.

LENZMANN. — Trauma und syph. *Fortschr. d. Med.*, 1931, p. 337.

LEROY. — Fractures chez les syph. Thèse, Lille, 1934.

LIEGE. — Transfusion du sang. Paris, 1934.

LIMMER. — Trauma. Lues. *Zent. f. Haut. u. Geschl.*, 1932, p. 618.

MAC NAMARA. — The non infect. of the blood in tert. syph. *Amer. J. of Syph.*, 1925, p. 476.

MANCHE. — Respons. méd. Thèse droit, Paris, 1913.

MANISSOLLE. — Syph. et traumat. Thèse, Paris, 1914.

MAY *J.* — Syph. révélées par de petits traum. *Ann. de la Fac. Méd. de Montevideo*, 1923, p. 16.

MAY. — Fracture spontanée du cubitus. *B. S. F. D. S.*, 1934, p. 977.

MAYAUD. — Tabès et trauma. Thèse, Paris, 1912.

MAZEAUD. — Traité de la resp. civile. Paris, 1934, p. 481.

MAZEL et VALENDRU. — Anév. aort. et traum. *J. Méd. Lyon*, 1923, p. 695.

MERKLEN et POULIOT. — Anév. aort. traum. *S. M. H. P.*, 1904, p. 315.

MERLIN. — Répertoire de Jurisp. Paris, 1928, t. XVI, p. 41.

MOREL et BONHOUSE. — Arthrite syph. traum. Soc. Méd. Toulouse, 1926.

MGALOBISCHIWILL. — Contam. syph. par le cadav. *Derm. Zschr.*, 1927, p. 167.

MICHAËL. — Syph. und Unfall. *Dermat. Woch.*, 1928, p. 1366.

MILIAN. — Syph. et act. du trav. *Progrès Méd.*, 1908, p. 481.

MILIAN et LOTTÉ. — Syph. ulc. gom. traum. *B. S. F. D. S.*, 1926, p. 175.

MILIAN et PERRIN. — Syph. post-traum. *B. S. F. D. S.*, 1926.

MILNER. — Fractures spont. tabét. Thèse, Paris, 1926.

MORAX. — *In Traité de la Syph.*, par Jeanselme.

MORO-GIAFFERI. — Sec. profes. médic. *Paris-Midy*, p. 35.

NEISSER. — Die experimentelle Syph. nach gegenwärtigen Hande. Berlin, 1906.

NICOLAS. — Gangrène des extrém. d'origine néosalvars. *Lyon Médic.*, 1921, p. 160.

OETTINGER — Ostéopathie local. post-traum. *Ann. Méd. lég.*, 1921, p. 99.

PARISOT et CORNIL. — Traumat. périph. et tabès. *Rev. Méd. de l'Est*, 1927, p. 449.

PASINI. — Syph. et traumat. *Giorn. ital. d. mal. vener.*, 1921, p. 102.

PATEL. — Arthrite tabét. *Lyon Chirurg.*, 4 mars 1926.

PAUTRIER. — Gomme consécut. à un traum. *B. S. F. D. S.*, 1932, p. 1521.

PERRAUD-CHARMANTIER. — Secret profession. Paris, 1926.

PETIT L.-H. — La syph. dans ses rap. avec le traum. Thèse, Paris, 1875.

PEYTEL. — La responsabilité méd. Paris, 1935, p. 107.

PEYTEL. — Le secret médic. Paris, 1935.

POLLACK F. — Lues und trauma. *Med. Klin.*, 1929, p. 1547.

POMMEROL. — La responsab. médicale. Paris, 1931.

POTHIER. — Contrat de mariage. Paris, 1771, n° 514.

QUEYRAT. — Syphilis extragénitale. *B. S. F. D. S.*, 1920, 12.

RABUT. — Syph. et secret. méd. *L'Hôpital*, 1928, p. 749.

RAILLIET. — Petits traum. et local. syph. *S. M. H. P.*, 1919, p. 677.

RAMOND et POSTINA. — Anév. et insuf. aort. traum. *S. M. H. P.*, 1918, p. 132.

RAYNAUD. — Syph. nerv. et trauma. Thèse, Montpellier, 1920.

RÉGIS. — P. G. trauma. Ier Congrès de méd. lég., 1911.

REIGNIER. — Secret profes. et certificats. Thèse droit, Paris, 1934.

RIBIERRE. — Trauma. et P. G. *Ann. Hyg. Pub.*, 1907, p. 481.

ROGER H. — Ostéo-arthrop. vert. tabét. *Ann. Méd. Lég.*, 1925, p. 105.

SAGHET. — Législ. sur les acc. du trav. Paris, 1926.

SAND. — Simulation et interprétat. des acc. du trav. Bruxelles, 1909, p. 115.

SÉZARY. — Traitement de la syph. Paris, 1933.

SEZARY et JONESCO. — Fracture spontanée chez un syph. non tabétique. *S. M. H. P.*, p. 585.

SOCQUET. — Syph. et acc. du trav. chez les cimentiers. *Ann. Méd. Lég.*, 1922, p. 225.

SOREL. — Arthrite syph. et trauma. *Ann. Méd. Lég.*, 1926, p. 437.

SPENCER WATSON. — Medic. Times and Gazette, 1881, p. 428.

SPILLMANN et MOREL. — Syph. après transfus. *B. S. F. D. S.*, 1926.

STEVENARD. — Syph. et mariage. Thèse, Paris, 1905.

STOLPER. — Monatsch. f. Unfalh. Leipzig, 1905.

SUDRE J. — Cité par H. Grenet.

TARDIEU. — Mal. provoq. ou communiq. *Ann. Hyg. Pub.*, 1864, p. 372.

TERBRUGGEN. — Trauma. und P. G. *Med. Welt.*, 1934, p. 399.

THIBIERGE. — Syph. et déontologie. Paris, 1903.

THIBIERGE. — Syph. acc. du trav. chez les cordonniers ou tapissiers. *Bul. Soc. Méd. Lég.*, Paris, 1920, p. 14.

THIBIERGE. — Respons. du méd. et contamin. syph. d'une nourrice. *Bull. Médic.*, 1919, p. 537.

THIBIERGE. — Trauma. et syph. cutan. *Gaz. d. Hôp.*, 1925, p. 69.

THOINOT. — Acc. du trav. et aff. médic. d'or. traum. Paris, 1904, p. 535.

TORLAIS. — Syph. traumat. *B. S. F. D. S.*, 1930, p. 1202.

TOUREY-PIALAT. — La syph. est-elle un acc. du trav.? *La Clinique*, 1907, p. 713.

TOUREY-PIALAT. — Tabès et acc. du trav. *La Clinique*, 1908, p. 241.

TZANCK et LIEGE. — Syph. après transf. *S. M. H. P.*, 1934, p. 418.

TZANCK et JUBÉ. — Syph. après transf. *S. M. H. P.*, 1934, p. 428.

VERGER et LANDE. — Tabès et acc. du trav. *Ann. Méd. Lég.*, 1924, p. 193.

VERNANT. — Traumat. et syph. nerv. Thèse, Paris, 1922.

VERNEUIL. — *Mémoires de Chirurgie*, Paris, 1888, t. V, p. 574.

VERVAECK et LECLERCQ. — Certificat prénuptial. *Ann. Méd. Lég.*, 1929, p. 317.

VIGNOLO-LUTATI. — Syph. latente et traum. de guerre. *Il Policlinico*, 1918, p. 149.

WILLIAM, MENNINGER, TOPEKA. — Cicatrisation chez les syph. *Amer. J. of Syph.*, 1925, p. 545.

ZINSSER et HOPKINS. — *J. of. Experiment. Med.*, 1916, p. 329 et 561.